

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
POR TRAUMA:
UM PERCURSO DE FORMAÇÃO AVANÇADA EM
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

Norberto Maciel Ribeiro

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal,
2017**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
POR TRAUMA:
UM PERCURSO DE FORMAÇÃO AVANÇADA EM
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

Norberto Maciel Ribeiro

Orientadora: Prof^ª Doutora Luísa Santos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal,
2017**

*Uma longa viagem
começa com um
único passo...*
Lao-Ts

AGRADECIMENTOS

Um projeto académico graduado é sempre resultado de uma grande dedicação e de um grande empenho. Este percurso de aprendizagem especializada em enfermagem médico-cirúrgica exigiu muito de mim e de todos aqueles que me acompanharam neste percurso, todos eles levaram um pouco de mim e deixaram um pouco de si, e nesse sentido, sinto a necessidade de agradecer a todos que tornaram possível a finalização deste projeto académico.

Em primeiro lugar, para toda a minha família, com especial atenção para a minha esposa, pelos momentos de conforto, compreensão e de presença em todo o processo de construção deste projeto, sempre com uma palavra de encorajamento e de incentivo. Um agradecimento especialíssimo para as minhas duas filhas pelos seus gestos de criança sempre potenciadores de grande energia e criatividade.

À professora orientadora Luísa Santos, pela sua mestria e orientação em todo o processo de conceção e construção do projeto, sempre com uma palavra de incentivo, dedicação, orientação e pelas suas interrogações pedagógicas, que promovem uma reflexão mais profunda e orientada do tema.

À professora Merícia Bettencourt pela sugestão do campo de estágio de opção.

Aos meus orientadores nos diversos campos de estágio, assim como os colegas dos respetivos serviços, sempre com uma atitude de compreensão e de ajuda.

Agradeço aos meus colegas de curso pelos seus contributos pedagógicos apresentados e partilhados ao longo do curso e que constituíram subsídios fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências específicas.

Agradeço os meus colegas de serviço e todos os restantes membros da equipa de saúde pela compreensão dos dias de dispensa para a realização de atividades letivas.

Por fim, agradeço a todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste projeto e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Um... muito obrigado... a todos...

RESUMO

A pessoa em situação crítica por trauma continua a ser uma significativa causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. Na Região Autónoma da Madeira, entre 2010 e 2015 foram prestados cuidados de enfermagem a 1259 pessoas com trauma.

As respostas da pessoa em situação crítica por trauma constituem focos de atenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O foco do cuidar em contexto de emergência tem como principais objetivos preservar a vida e promover o processo de transição de saúde. O cuidar da pessoa em situação crítica por trauma requer, assim, uma resposta rápida, eficaz e estruturada, no conhecimento e na evidência científica.

Com este relatório pretendemos descrever o percurso de aprendizagem especializada em enfermagem médico-cirúrgica desenvolvido nos serviços de SMI do HNM, no SEMER da RAM e no SUC do HSM. Assim, compreende uma análise reflexiva do desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica adquiridas e desenvolvidas, fundamentais para a obtenção do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Neste contexto, verificou-se a aquisição e desenvolvimento de competências nos diversos domínios, nomeadamente: na responsabilidade profissional, ética e legal; na prestação da melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados; no desenvolvimento das aprendizagens profissionais; no conhecimento da dinamização das respostas a situações de emergência e multi-vítimas; na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção da pessoa e família em situação crítica; e no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

O mestrado em enfermagem médico-cirúrgica assume, assim, uma importância crucial no seio da ciência e da profissão. A formação avançada em enfermagem médico-cirúrgica permite atualizar o perfil profissional e desenvolver condições para responder às necessidades de saúde da pessoa família e comunidade.

Palavras-chave – competências enfermagem médico-cirúrgica; pessoa em situação crítica; trauma.

ABSTRACT

The person in a critical situation due to trauma continues to be a significant cause of mortality and morbidity around the world. In the Autonomous Region of Madeira, between 2010 and 2015, nursing care was provided to 1259 trauma patients.

The responses of the person in critical situation due to trauma are the focus of attention of the specialist nurse in medical-surgical nursing. The aim of emergency care is to preserve life and promote the health transition process. Caring for the critically traumatized person requires a rapid, effective and structured response to knowledge and scientific evidence.

This report intends to describe the specialized learning path in medical-surgical nursing developed in the SMI services of HNM, the SEMER of RAM and the SUC of HSM. Thus, it includes a reflexive analysis of the development of common and specific competences of the specialist nurse in medical and surgical nursing acquired and developed, fundamental for obtaining the master's degree in medical-surgical nursing.

In this context, the acquisition and development of skills in the various domains were verified: professional, ethical and legal responsibility; In providing continuous quality improvement; Care management; In the development of professional education; Awareness of the dynamism of responses to emergency and multi-victim situations; In maximizing the intervention in the prevention and control of the infection of the person and family in critical situation; And in caring for the person experiencing complex processes of critical illness and / or organic bankruptcy.

The master's degree in medical-surgical nursing is, therefore, crucially important in terms of science and profession. The advanced training in medical-surgical nursing allows to update the professional profile and develop conditions to respond to the health needs of the person, family and community.

The aim of emergency care is to preserve life and promote the health transition process. In this sense, caring for the critically ill person due to trauma requires a rapid, effective, and structured response to knowledge and scientific evidence.

Keywords - medical-surgical nursing competences; Person in critical situation; trauma.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ATCN – Advanced Trauma Care Nurse
ATLS – Advanced Trauma Life Suporte
CROS – Centro Regional de Operações de Socorro
DGS – Direção Geral de Saúde
ECMO – Oxigenação por membrana extracorpórea
EEMC - Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
ESICM - Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos
GNR – Guarda Nacional Republicana
HNM - Hospital Drº Nélio Mendonça
HSM - Hospital Santa Maria
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordem dos Médicos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PHTLS – Prehospital Trauma Life Support
PSP – Polícia de Segurança Pública
RAM – Região Autónoma da Madeira
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAP - Suporte Avançado Pediátrico
SIC-CROS - Centro Integrado de Comunicações
SU – Serviço de Urgência
SUC – Serviço de Urgência Central
SVT - Suporte de Vida em Trauma
SEMER - Serviço de Emergência Médica Regional
SESARAM – Serviço Saúde da Região Autónoma da Madeira
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SRPC - Serviço Regional de Proteção Civil
TAC – Tomografia Axilar Computorizada
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UMH - Unidade de Medicina Hiperbárica

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	13
1. CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	17
1.1. Um Percurso Especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	18
1.2. Ética e responsabilidade na prestação de cuidados especializados.....	31
1.3. Natureza e Qualidade do Cuidar Especializado em Enfermagem Médico-cirúrgica.....	37
1.4. Prestação e Gestão na Excelência do Cuidar Especializado.....	42
1.5. Desenvolvimento e Aprendizagem Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica.....	46
2. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR TRAUMA: UM PERCURSO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA	51
2.1. Cuidar Especializado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	61
2.2. Cuidar da Pessoa em Situação de Catástrofe e Emergência com Multi-vítimas	69
2.3 – Cuidar da Pessoa no Controlo e Prevenção da Infecção	73
CONCLUSÃO	79
BIBLIOGRAFIA	83
Apêndices.....	i
Apêndice A – Formação de condução elétrica do processo circulatório	iii
Apêndice B – Projeto Avaliação da Dor da Pessoa em Situação Crítica por Trauma	xv
Apêndice C – Projeto de Registo da Pessoa em Situação Crítica por Trauma	xvii
Apêndice D – Formação Cuidar da Pessoa em Situação Crítica por Grande Queimadura.	xix
ANEXOS.....	xxx
Anexo I – Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny	xxxiii
Anexo II - HSM planta do edifício	xxxvii

Anexo III – Diretiva Antecipada de Vontade (DAV)	xxxix
Anexo IV – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente traumatizado	xliii
Anexo V – Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto.....	lxx
Anexo VI – Certificado Medical Response to Major Incidents (MRMI)	lxxii
Anexo VII – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.	lxxiv

INTRODUÇÃO

A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (REPE – decreto-Lei n.º 161/94 de 4 de Setembro, Art.º 4º).

O enfermeiro especialista está habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (REPE – decreto-Lei n.º 161/94 de 4 de Setembro, Art.º 4º). Detém também um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de Saúde, e demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica determinam que os cuidados de enfermagem são altamente qualificados e prestados de forma contínua com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, como nos refere a Ordem dos Enfermeiros (2011) de acordo com o regulamento n.º 124/2011 no Diário da República.

Atualmente o Enfermeiro tem um papel primordial, como membro de uma equipa multidisciplinar, no que respeita aos cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica por trauma. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume uma visão holística e soberana na prestação e gestão de cuidados, promovendo a eficácia, e a eficiência, do cuidar contribuindo para a sua excelência.

O trauma é um dos fenómenos de enfermagem mais frequente nos serviços de urgência ou na emergência pré-hospitalar, sendo responsável por um número significativo de mortalidade e morbilidade em todas as faixas etárias.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008) identificam a pessoa em situação crítica como um indivíduo que, por disfunção ou falência

profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, esteja dependente de meios avançados de monitorização e intervenção terapêutica. A pessoa em situação crítica necessita, assim, de cuidados médicos, de enfermagem e técnicos mais sofisticados para combater contextos de saúde potencialmente mortais.

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar as respostas a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, são requisitos fundamentais para uma prática de enfermagem especializada. Nesse sentido, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica por trauma requerem profissionais qualificados e unidades de saúde com uma dinâmica bem estruturada e organizada.

No âmbito do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica a elaboração do presente relatório terá como finalidade o relato e análise do meu percurso de aprendizagem especializada em enfermagem médico-cirúrgica, desenvolvido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Drº Nélio Mendonça (HNM), no Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER) da Região Autónoma da Madeira (RAM) e na Urgência Central (UC) do Hospital Santa Maria (HSM). A base estrutural deste relatório assentará no relato integral do desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica adquiridas e desenvolvidas.

O estágio I, urgência, que está contemplado no plano de estudo do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, foi alvo de creditação e certificação de competências, segundo o regulamento n.º 506/2014 (Anexo I) da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. O deferimento da acreditação teve como base fundamental a apreciação do meu curriculum vitae, o meu portefólio de experiência de trabalho, com documentação de trabalhos e projetos que desenvolvi na aquisição de competências, a descrição da experiência acumulada, que fundamentou as competências desenvolvidas, e a declaração comprovativa da experiência profissional. O meu percurso profissional teve como referência as necessidades de saúde da pessoa, família e comunidade.

O foco de atenção do enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica centra-se nas respostas humanas da pessoa aos diversos contextos de saúde, como é exemplo a pessoa em situação crítica por trauma. Assim, ao longo deste relatório descreverei a aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas da responsabilidade profissional,

ética e legal; no domínio da melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão dos cuidados; no desenvolvimento das aprendizagens profissionais; no conhecimento da dinamização das respostas a situações de emergência e multi-vítimas; na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção da pessoa e família em situação crítica; e no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, constituindo assim fundamentais alicerces para o desenvolvimento de um perfil de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

A fundamentação teórica, a experiência empírica e a evidência científica, monitorizam o estado da arte do cuidar, e constituem ferramentas essenciais para o desenvolvimento do perfil de enfermeiro especialista.

Este relatório será mais do que a descrição do meu desempenho ao longo dos estágios desenvolvidos, ele assentará numa base fundamental do conhecimento científico e traduzirá acima de tudo, uma análise exaustiva do desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Assim pretendo: descrever a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; relatar a administração de protocolos terapêuticos complexos; descrever a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas; narrar a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica; analisar os critérios de ativação de uma equipa de trauma na assistência à pessoa traumatizada; descrever a organização e a dinâmica do funcionamento de uma equipa de trauma no atendimento à pessoa traumatizada em situação crítica; relatar os princípios da avaliação primária, ressuscitação e algoritmo do suporte avançado de vida em trauma; descrever os princípios da avaliação secundária da cabeça aos pés; narrar o contributo das teóricas de enfermagem no atendimento à pessoa com trauma; descrever a comunicação interpessoal que fundamentou a minha relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; descrever os cuidados em situações de emergência e/ou multi-vítimas e explicitar as vivências e experiências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem especializada.

Este relatório será organizado em três partes fundamentais: na primeira parte farei uma breve referência às características dos serviços onde realizei os estágios, seguidamente, na segunda parte, descreverei o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e por fim na terceira parte elaborarei uma análise exaustiva das competências

específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica, com especial atenção para a área do trauma.

Optei por organizar o relatório desta forma por considerar que a descrição das competências desenvolvidas ficará mais coerente com o meu percurso desenvolvido, e também por considerar que a metodologia expositiva utilizada possibilitará uma maior interligação das vivências com as competências adquiridas.

A descrição deste percurso de enfermagem especializada compilará as ideias chave dos portefólios realizados nos estágios do SIM do HNM, do SEMER da RAM e do SUC do HSM. O relatório será fundamentado com bibliografia de referência, com documentos estruturantes emanados pela ordem dos enfermeiros, e com a informação disponibilizada em plataformas eletrónicas como é o exemplo da Direção Geral de Saúde e artigos científicos publicados.

A formação avançada em enfermagem médico-cirúrgica assume, neste relatório, uma importância vital no seio da ciência e da profissão que integro, como enfermeiro mais habilitado e mais qualificado estou mais preparado para responder afirmativamente a qualquer desafio na arte de cuidar da pessoa e família em situação crítica e contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados, promovendo a estética do cuidar.

1. CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Os cuidados de enfermagem especializados são frequentemente operados em vários ambientes nas unidades de saúde ou criados ao acaso, em contextos incertos, movediços, desde que a necessidade da pessoa assim imperar. Independentemente do ambiente trata-se sempre de um contexto onde não se pode excluir o meio sócio-familiar onde a pessoa está inserida, nem as implicações que as variáveis a ele inerentes têm na pessoa, enquanto alvo de cuidados.

Enfermagem especializada na área médico-cirúrgica não é pois uma profissão caracterizada ou condicionada pela racionalidade técnica. Ela assenta, como ciência humanista que é, em princípios interaccionistas. É sobretudo um contexto profissional relacional em que os próprios cuidados, enquanto intervenções contextualizadas, nunca se repetem, já que é impossível estandardizar aquilo que por natureza é um processo sistémico, dinâmico, interativo, envolvendo pessoas cuja semelhança é, apenas e tão só, a sua singularidade.

Muitas vezes perguntei que conhecimento próprio deve ter o enfermeiro especialista, para que possa exercer, de forma competente, a profissão? Encontrei várias respostas, mas antes de mais, realçar que é o foco de atenção que distingue o enfermeiro especialista de outros profissionais que com ele trabalham, tornando a enfermagem especializada única perante as demais disciplinas.

Foram as respostas humanas decorrentes das experiências vividas, quer pelos processos de vida quer pelas situações de alteração da sua saúde, que constituíram o meu foco de atenção. Foi com base no diagnóstico das respostas humanas que concebi e viabilizei todo o processo do cuidar em parceria com a pessoa/família.

Enquanto alvo de cuidados, a pessoa é vista como um ser humano caracterizado pela sua unicidade, com um quadro de referências próprio (valores e crenças), em constante interação com o meio que o rodeia, alguém cujas atividades de vida podem estar (de facto ou potencialmente) comprometidas, influenciando a capacidade de se auto-cuidar e condicionando a sua independência (Correia, 2012).

A pessoa, de acordo com as suas capacidades e limitações, constrói o seu projeto de saúde. Ser enfermeiro especialista é ser capaz de aceitar, compreender e, sobretudo não julgar, todos os critérios que enformam cada projeto. Um projeto que pressupõe uma

conceção de “saúde” numa perspetiva individual, isto é, definida por cada pessoa, à custa de subsídios dados pelas experiências de vida de cada um.

A complexidade e diversidade das respostas humanas a processos de transição saúde/doença, refletem-se na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados. Assim, Correia (2012) refere que a necessidade de prestar cuidados de qualidade às pessoas, e cuidados mais especializados, diferenciados e direcionados, surgem nas áreas de especialização em enfermagem, e dotam o enfermeiro especialista de competências acrescidas, para o cuidar da pessoa num determinado contexto de saúde.

Do enfermeiro especialista espera-se um nível de competência nobre na gestão da qualidade dos cuidados, na responsabilidade ética e legal e no suporte cognitivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, nos diversos contextos de trabalho. O percurso de enfermagem especializada faz-se com a aquisição e desenvolvimento de competências e ciência nos locais da prática.

1.1. Um Percurso Especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promove uma filosofia de cuidados com respeito pelos direitos humanos, contribui para a melhoria contínua da qualidade de cuidados e gere a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores em articulação com a equipa multiprofissional, visando sempre a otimização da qualidade em saúde. Foi sempre esta a visão que nutriu o meu percurso profissional e particularmente o meu pensamento nos estágios desenvolvidos no SMI do HNM (estágio II), no SEMER e no SUC do HSM (estágio III, opção).

Neste percurso de enfermagem especializada convergi o desenvolvimento de competências gerais dos enfermeiros especialistas com as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Em relação aos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvi:

Responsabilidade profissional, ética e moral – inclui o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

- Melhoria contínua da qualidade – Desenvolvi uma ação dinamizadora e suporte de iniciativas, estratégicas institucionais na área da governação

clínica, e colaborei em programas de melhoria contínua de qualidade e ambiente seguro;

- Gestão dos cuidados – Proporcionei uma gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adaptei a liderança e a gestão dos recursos, face às situações e ao contexto, visando a qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – Desenvolvi o auto conhecimento e a assertividade, e baseei a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Em relação às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, como determina a Ordem dos Enfermeiros, são cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2011).

Assim, recorri ao processo de enfermagem fundamentado para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; documentei-me sobre a dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas e maximizei a intervenção na prevenção e controlo da infeção a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são reconhecidos como elementos chave, na resposta à necessidade de cuidados e à segurança das pessoas e famílias em situação crítica (OE, 2011).

É sabido que, a atribuição do título de enfermeiro especialista certifica um profissional que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e que, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um plano de intervenção (OE, 2009).

Seguidamente, no sentido de enquadrar a natureza das competências desenvolvidas nos diversos contextos formativos, onde exerci a prática de enfermagem especializada, o SUC do HSM, o SEMER e o SMI do HNM, constituíram os três campos

de estágio fundamentais na aquisição do conhecimento e no desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica. Saliento, a evidência da prática de enfermagem especializada experienciada nestes contextos de saúde, convergente com a evidência científica, fomentando assim, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Serviço de Urgência Central do Hospital Santa Maria

Conhecer a dinâmica e funcionamento na vertente estrutural, funcional e organizacional do serviço de traumatologia de referência para o Serviço Nacional de Saúde, foi um desafio aliciante.

O HSM situa-se na Avenida Professor Egas Moniz 1600-190, Lisboa e juntamente com o hospital Pulido Valente integra o Centro Hospital Lisboa Norte, EPE. Fisicamente possui vários serviços, pelos quais se distribuem nos diversos espaços físicos do edifício.

Como os serviços existentes no Hospital são vastos, optei por focar apenas o serviço onde decorreu o estágio - o serviço de urgência central. Este está inserido no Hospital Santa Maria, e identificado com o nº 6 no mapa emitido pelo Centro Hospital Norte em Janeiro 2016 – DSE/GFIE (Anexo II).

De acordo com a definição das características da rede de serviços de urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência, o SUC do HSM é, quanto aos níveis de responsabilidade e localização, um serviço de urgência polivalente (Serviço Nacional de Saúde, 2017). É assim, um serviço com um nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência e dá uma resposta de proximidade à população da sua área.

O serviço de urgência dá cobertura de atendimento à região norte de Lisboa e a todos os serviços de urgência de outros hospitais do país que necessitam de cuidados diferenciados e específicos nas diversas áreas de especialidade, isto porque, o hospital Santa Maria é um hospital fim de linha e funciona com todas as especialidades vinte e quatro horas, apresentando assim capacidade de respostas para os diversos contextos clínicos.

O atendimento no serviço de urgência é operacionalizado por enfermeiros com formação específica no centro de triagem, constituída por quatro balcões de atendimento e é organizado segundo a triagem de Manchester, priorizando as situações clínicas segundo as diversas cores: azul: não urgente; verde: pouco urgente; amarelo: urgente; laranja: muito urgente e vermelho: emergente. Convergente com esta classificação o espaço físico do

serviço de urgência está organizado por prioridades de atendimento. Assim, existe para cada critério de prioridade de urgência um balcão de atendimento com a sua respetiva sala de espera e gabinetes médicos e de enfermagem para a prestação de cuidados de saúde. Em relação ao nível de prioridade “vermelho” as pessoas alvo de cuidados emergentes são atendidos imediatamente nas duas salas de reanimação, sala 1 com maior capacidade de resposta para contextos de saúde de maior complexidade na vertente do trauma e doença crítica e com dotação para duas pessoas podendo ainda em situações específicas comportar mais uma pessoa. A sala de reanimação 2 tem capacidade para atender uma pessoa e é constituída por material de apoio para o suporte avançado de vida. As pessoas em situação emergente têm acesso direto às salas de reanimação.

O trauma continua a ser uma causa importante de mortalidade e morbilidade em todo o Mundo, incluindo Portugal (Direção Geral da Saúde, 2010). O serviço de urgência do hospital Santa Maria prioriza o atendimento da pessoa em situação crítica por trauma com critérios de ativação da equipa de trauma. Tem uma equipa de trauma organizada e com um coordenador, regista o evento de trauma num impresso próprio do serviço; efetua a avaliação primária em menos de 20 minutos e a avaliação secundária em menos de 60 minutos.

O critério para ativar a equipa de trauma é operacionalizado no centro de triagem e tem como referência as funções, os sinais vitais, o nível de consciência e o tipo de lesão. Neste sentido, os critérios na pessoa em situação crítica por trauma com idade superior a 10 anos, têm como referência o processo respiratório, o nível de perfusão periférica com saturação de oxigénio inferior a 90% com oxigénio suplementar, o processo do sistema circulatório e uma avaliação do estado de consciência segundo a escala de coma de Glasgow com score inferior a 14 valores.

A combinação de parâmetros fisiológicos e anatómicos com o mecanismo da lesão permite um juízo fundamentado e coeso na ativação da equipa de trauma no centro de triagem. Assim, tem como referência o trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ao joelho; retalho costal; fratura de dois ou mais ossos longos; fratura de bacia; fratura de crânio com afundamento; amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo; associação de trauma com queimadura; queimaduras major e graves: 2º grau superior a 20% e 3º grau superior a 5% e queimaduras por inalação. A existência de pessoas em situação crítica por trauma e com co-morbilidades e idades avançadas ou crianças necessitam também da ativação da equipa de trauma.

A equipa de trauma do SUC do HSM é constituída por um coordenador e uma equipa multiprofissional com formação e experiência em trauma e integram os seguintes profissionais:

- Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência;
- Médico anestesista com formação específica em trauma;
- Médico-cirurgião com experiência em trauma e cirurgia de emergência;
- Médico ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência;
- Médico neurocirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência;
- Médico imagiologista com formação e experiência em trauma com relato médico dos exames de forma rádico e com o recurso à telemedicina;
- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência – Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte de Vida em Trauma (SVT) ou Enfermeiro com formação especializada em pediatria e formação em Suporte Avançado Pediátrico (SAP) na abordagem da criança vítima de trauma;
- Segundo enfermeiro com experiência em cuidados de emergência – SAV e Suporte de Vida em Trauma;
- Assistente operacional conhecedor da metodologia de trabalho de uma sala de emergência com formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e técnicas de trauma.

A equipa de trauma pode ser complementada pela equipa de trauma consultiva. A equipa de trauma consultiva é multidisciplinar e apoia a equipa nuclear nas diversas especialidades, otimizando assim, a capacidade de resposta em qualquer processo de transição de pessoa em situação crítica por trauma.

O sistema de registo é fundamental para projetar o processo de enfermagem, promover a continuidade de cuidados e recuperar a pessoa. O atendimento à pessoa em situação crítica por trauma deverá ser acompanhado de um registo efetivo que deve incluir dados de grande relevância ao nível da apreciação do estado de saúde, dos diagnósticos identificados, das intervenções planeadas e a análise dos resultados atingidos.

Assim, no registo de trauma é importante documentar a história da pessoa, o tipo de traumatismo associado, os dados relacionados com o atendimento no pré-hospitalar, a

descrição completa das características da via aérea e proteção cervical, as características do sistema respiratório e circulatório, a avaliação do estado neurológico e a execução de um exame secundário completo para identificar as lesões associadas ao trauma.

O registo no atendimento da pessoa em situação crítica por trauma tem um papel fundamental dado que permite a continuidade de cuidados, permite identificar a prevalência a incidência e o tipo de trauma, permite identificar o nível de acesso aos cuidados, e permite analisar a eficácia e eficiência dos cuidados implementados. Permite também, identificar áreas do atendimento com necessidade de melhoria contínua na operacionalidade, na prestação de cuidados, na dotação de recursos e na adesão a normas de boas práticas.

Foi com esta vivência no desenvolvimento de competências específicas que identifiquei a necessidade de elaborar um projeto de intervenção no serviço de urgência do centro de saúde de Machico, local onde exerço a minha atividade profissional, no sentido de efetivar o registo específico da pessoa em situação crítica por trauma, atendendo que habitualmente não há um registo organizado e estruturado nesta área.

O atendimento no SUC no HSM à pessoa em situação crítica por trauma obedece à sequência da mnemónica “ABCDE” estabelecida pela DGS (2010) (ver Anexo IV) e recomendada também pela American College of Surgeons (2012). A sequência é descrita segundo:

- A – Abertura da via aérea com imobilização da coluna cervical;
- B – Ventilação e oxigenação;
- C – Circulação e suporte cardiovascular com controlo de hemorragia;
- D – Avaliação da função neurológica;
- E – Exposição com a avaliação de lesões existente e prevenção de hipotermia.

Assim, o atendimento à pessoa em situação crítica por trauma obedece a cuidados clínicos coordenados e com metodologia de intervenção bem definida. O enfermeiro chefe do serviço nomeia em cada equipa um coordenador, que tem a função de: articular e coordenar todos os meios de comunicação e notificação do pré-hospitalar e meio hospitalar; ativar a equipa de trauma quando reunidas as condições; estabelecer comunicação interpessoal com a equipa prestadora de cuidados, e otimizar a comunicação com a equipa consultiva sempre que necessário.

A abordagem inicial da pessoa em situação crítica por trauma é efetuada na sala de reanimação, e num período de tempo inferior a 20 minutos. O atendimento à pessoa é operacionalizado segundo uma avaliação rigorosa pela equipa de enfermagem, e

compreende a avaliação da via aérea com estabilização da região cervical, controlo da respiração com recurso a meios de ventilação não invasiva e invasiva se necessário, e uma avaliação completa da função cardiovascular, com controlo efetivo da hemorragia, assim como, a administração de fluidoterapia com a colocação de cateteres de grande calibre e recolha de sangue para estudo analítico.

A equipa de trauma na abordagem à pessoa executa o cuidado segundo prioridades, avalia segundo a mnemónica “ABCDE”, e identifica as lesões associadas e a capacidade de resposta da pessoa às medidas terapêuticas implementadas. Nesse sentido são necessários adjuvantes essenciais na avaliação inicial como: a monitorização da frequência respiratória, oximetria de pulso, dióxido de carbono aspirado, pressão arterial, gases sanguíneos, temperatura, eletrocardiograma, monitorização de lactato sérico e débito urinário.

A colheita de espécimes/sangue para análises laboratoriais, a introdução de sonda gástrica para análise de conteúdo, a avaliação perineal e algaliação e a deteção do grupo de sanguíneo com provas cruzadas, também constituem dados importantes como adjuvantes da avaliação inicial.

A imagiologia assume um papel importante na abordagem à pessoa em situação crítica por trauma. Os exames de raio X (RX), de forma geral, são efetuados na sala de reanimação, atendendo que a mobilização da pessoa em situação crítica para locais onde o suporte avançado não está operacional, significa grandes riscos para a pessoa em situação crítica. No entanto, e tendo em linha de conta, a importância de efetuar exames auxiliares de diagnósticos mais específicos, muitas vezes a pessoa necessita de ser encaminhado para sala de tomografia computadorizada (TAC) juntamente com a equipa de trauma e com todos os recursos essenciais para a monitorização avançada e implementação de medidas terapêuticas complexas.

A equipa de trauma por rotina realizava: radiografia ântero-posterior do tórax (na sala de reanimação sempre que possível); TAC cervical desde o occipital até T1, radiografia ântero-posterior e de perfil de toda a coluna, radiografia da bacia, ecografia toraco-abdominal.

A avaliação secundária da vítima de trauma inicia-se após a avaliação primária e compreende uma avaliação da cabeça aos pés incluindo áreas anatómicas do crânio, pescoço, dorso, períneo, membros superiores e inferiores.

Após uma abordagem inicial e estabilização hemodinâmica na sala de reanimação a pessoa alvo de cuidados é transferida para outros serviços ou outros sectores do serviço de urgência, tendo sempre como referência o contexto clínico.

Serviço de Emergência Médica Regional - SEMER

O serviço de emergência médica regional (SEMER) tem por missão a prestação de cuidados de saúde aos sinistrados ou vítimas de doença súbita e integra a estrutura regional da proteção civil. A equipa médica de intervenção rápida (EMIR) fica sediada na sede do Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC) da Região Autónoma da Madeira (RAM), no sítio da boa nova – Funchal. A sede do SRPC e a EMIR possuem uma sala de trabalho com meios informáticos disponíveis para o acompanhamento e o registo de todas as ocorrências, em simultâneo com a sala do Centro Integrado de Comunicações e Centro Regional de Operações Socorro (SIC-CROS).

As três viaturas de emergência encontram-se habitualmente na sede do SRPC, uma das viaturas está preparada para as operações de socorro em todo o terreno. Existe uma arrecadação com todo o material de apoio à emergência pré-hospitalar (medicação e consumíveis) e um local próprio para o despejo de sujos. A EMIR é parte integrante do SEMER e é constituída, na vertente de profissionais de saúde, por doze enfermeiros e treze médicos.

Para prestar um cuidado de enfermagem na emergência pré-hospitalar consentâneo com as necessidades de saúde da pessoa e família é necessário: conhecer e manusear os diferentes materiais e equipamentos específicos que estão na viatura da EMIR, com especial relevância para os materiais e equipamentos da prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma; conhecer os critérios de ativação da EMIR, nomeadamente no socorro as vítimas de trauma e outras ocorrências clínicas; conhecer e identificar as várias casuísticas dos eventos clínicos das pessoas alvo de doença/acidente súbito atendidos pela EMIR.

Não obstante da importância de identificar a dinâmica e funcionamento do serviço, assim como o funcionamento dos materiais e equipamentos, a aplicação do processo de enfermagem à pessoa e família na emergência pré-hospitalar teve sempre como referência as respostas humanas e os ganhos em saúde.

Existe um coordenador médico, que assume também as funções de diretor de serviço, e um coordenador de enfermagem. Os equipamentos e materiais disponíveis nas diferentes três viaturas são semelhantes e encontram-se distribuídas de forma

estandardizada pelas viaturas. Assim, na viatura podemos encontrar: 1 - mala de ALS; 2 - mala de trauma; 3 - mala medicalizada; 4 - mala de soroterapia; 5 - duas malas de apoio, conhecidas como “bananas”; 6 - mala pediátrica; 7 - mala pessoal; 8 - conjunto de talas de matrix para imobilização de membros; 9 - monitor/desfibrilhador; 10 - ventilador portátil.

A ativação da equipa de emergência é operacionalizada através do centro regional de operações de socorro (CROS), que funciona vinte e quatro horas por dia com dois operadores de chamada com presença efetiva e com formação de tripulante de ambulância de socorro, que analisam o pedido de socorro e posteriormente transmitem à equipa de emergência a informação recebida. Salientamos porém, e atendendo ao nível de comunicação que é estabelecida com a pessoa que solicita o socorro, era importante a presença de um profissional de saúde na central de operações de socorro. Neste sentido foi informado que está em curso um projeto do serviço da proteção civil que tem como objetivo a presença de um profissional de saúde no CROS.

Segundo registos em plataforma eletrónica da atividade do SEMER, relativamente ao último mês de setembro de 2016, das 2662 ocorrências no SRPC, a EMIR acompanhou a assistência a 139 casos clínicos e foi mobilizada para prestar assistência a 58 clientes (SRPC, IP-RAM, 2017).

A comunicação efetuada pela EMIR abrange todos os intervenientes do socorro, nomeadamente serviço de urgência hospitalar, a guarda nacional republicana (GNR), a polícia de segurança pública (PSP), bombeiros, SRPC, e outros.

O SRPC possui um sistema próprio de comunicação denominado SIC-CROS, sendo que as comunicações fazem-se em canal aberto entre todos os intervenientes da proteção civil, bombeiros, CROS e EMIR. A referenciação é imediata e são comunicados todos os dados relativos a cada uma das ocorrências para registo informático. É registado, a hora do pedido do socorro, a hora de chegada ao local do socorro, o estado da vítima, os primeiros sinais vitais, a hora de saída do local, a hora de chegada ao serviço de urgência e hora de regresso à sede.

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica assume, um papel fundamental na emergência pré-hospitalar e na operacionalização de todo o processo de enfermagem, atendendo que é aquele profissional, que está mais qualificado para cuidar da pessoa e família em situação crítica como nos fundamenta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011).

Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Central do Funchal

O estágio II realizado no SMI do HFC proporcionou o desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica, segundo a fundamentação do regulamento n.º 122/2011 e do regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011 da OE.

Mobilizando os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso, este estágio permitiu consolidar as competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializada em enfermagem médico-cirúrgica no SMI ao indivíduo e família. A aprendizagem envolveu a participação ativa de todos os intervenientes no processo do cuidar, de modo a adquirir competências através de um desenvolvimento reflexivo e crítico, e que resultasse na qualidade dos cuidados e melhoria contínua na saúde das pessoas e famílias em situação crítica.

Assim, com este estágio tive a oportunidade de desenvolver várias competências: ao nível do conhecimento aprofundado no cuidar do doente e família em contexto de cuidados intensivos; na avaliação e adequação de metodologias de análise de situações complexas de pessoas com falência multiorgânica, segundo uma perspetiva académica avançada; na realização e gestão de cuidados aos doentes com falência multiorgânica; na assistência a pessoas e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família com alta complexidade do seu estado de saúde; e no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica.

O exercício profissional especializado exige observação, colheita de dados e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada, de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, e de prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção preciosa, eficiente e em tempo útil. E, se em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constante se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas (OE, 2011).

O SMI é uma área de intervenção diferenciada e multidisciplinar, que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença crítica potencialmente reversíveis, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções

vitais. O SMI é o único na RAM, e é o serviço que habitualmente assume a responsabilidade integral das pessoas em situação crítica, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais.

A missão é melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas em situação crítica através de uma prestação de cuidados de saúde de excelência, fundamentada em programas de promoção de investigação básica e clínica, e da formação de profissionais de saúde na área do intensivismo e emergência.

As unidades das pessoas em situação crítica estão equipadas de acordo com as recomendações da European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), o que permite monitorizar, tratar e cuidar a pessoa em função das suas respostas aos diversos contextos de doença.

O Serviço está ligado em rede intranet a vários setores do hospital, designadamente aos serviços de patologia clínica, imagiologia, farmacêuticos, gestão patrimonial, gestão de recursos humanos, aprovisionamento, instalações e equipamentos, com reflexos positivos na gestão do serviço.

Contam com os seguintes recursos humanos:

O serviço tem um quadro próprio de pessoal médico com 10 lugares: 2 chefes de serviço (1 a exercer funções de diretor), 2 assistentes hospitalares graduados e 6 assistentes hospitalares.

A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros/as (21 especialistas) que asseguram cuidados de enfermagem nas vinte e quatro horas.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por 10 elementos cujo horário é manhã ou tarde.

Numa análise sobre as características do serviço identificamos como pontos fortes: ser o único serviço de medicina intensiva na RAM; possuir um isolamento de acordo com as normas internacionais; possuir instalações condignas para os profissionais de saúde; enfermeiros responsáveis de equipa com a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica; elevada qualificação de todos os profissionais de saúde; profissionais dedicados e empenhados na prestação de cuidados e a participação do serviço em ações e eventos formativos.

Como pontos fracos: localização inadequada do serviço (andar técnico; afastado do bloco operatório; dificuldade de acesso aos exames imagiológicos); necessidade, relativamente frequente, de seguir doentes no recobro anestésico e SO do SU; número de enfermeiros insuficiente para o horário de tempo completo, atendendo à solicitação

contínua de turnos extra; inexistência de área de secretariado e receção; inexistência de sala específica para reuniões, formação e biblioteca; inexistência de sala de espera para os familiares dos doentes; secretária de piso a tempo parcial e a inexistência de reposição do material dos armazéns 01 na UCIP 1, e do material dos armazéns 01 e 02 na UCIP 2.

Como oportunidade é reconhecido como unidade de nível “C”, segundo informação verbal do enfermeiro responsável pela formação do serviço, dado que possui idoneidade formativa para a sub-especialidade em medicina intensiva.

A metodologia de trabalho preconizada pelo SMI é o método de trabalho individual por enfermeiro responsável. Com esta organização, o enfermeiro é responsável pelo acolhimento da pessoa e família, presta os cuidados durante a sua estadia, e promove a recuperação e preparação da alta da pessoa. A metodologia científica estabelece uma simbiose perfeita com o exercício profissional, promove uma colheita de dados completa, planeia as intervenções de enfermagem, presta, gere e avalia os cuidados e utiliza uma linguagem unificada definida pela instituição, a CIPE.

Logo na primeira semana, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica a uma pessoa com trauma do sistema tegumentar por queimadura grave, aplicando assim, os princípios fundamentais de metodologia e técnicas de intervenção em enfermagem.

Assim, desde cedo, o serviço proporcionou-me neste percurso de enfermagem especializada os meios necessários ao desenvolvimento de habilidades metódicas e técnicas no processo de prestação de cuidados especializados, que iam desde a alimentação parentérica, manutenção das atividades de vida, promoção de uma perfusão tecidual adequada, intervenção no sofrimento da família e a administração de terapêutica complexa, como foi o exemplo de reposição de níveis de potássio, equilíbrio hidroeletrólítico e administração de insulina intravenosa, entre outros. Tive a oportunidade de interligar a componente técnica e instrumentalista da enfermagem com a sua componente mais humana, proporcionando à pessoa uma prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica de qualidade.

Mostrei-me interessado em aprender e desenvolver as mais diversas habilidades técnicas e científicas, aproveitando, sempre, as oportunidades que iam surgindo. Como tal, tive oportunidade de desenvolver várias competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, como aprimorar e desenvolver novas habilidades na preparação e administração de terapêutica endovenosa complexa, gestão de protocolos

terapêuticos complexos, e implementação de medidas terapêuticas em resposta às necessidades da pessoa em situação crítica.

Para proporcionar o desenvolvimento de competências especializada em médico-cirúrgica, foi necessário rever conteúdos já abordados e estudar outros tantos. As primeiras tentativas na implementação de intervenções terapêuticas especializadas necessitaram de uma interligação muito estreita com o tutor e alguns enfermeiros especialistas em diversas áreas de intervenção, como a reabilitação e saúde mental no sentido de adequar a efetividade da gestão e prestação de cuidados.

Por vezes, sentia-me impotente para responder de forma eficiente às necessidades de saúde da pessoa, mas após muita reflexão, estudo, pesquisa de artigos científicos e discussão com diversos intervenientes no processo do cuidar, consegui canalizar esforços para potenciar a minha motivação, de forma a melhorar a qualidade efetiva de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica.

A evidência científica fomenta cada vez mais que o trabalho do enfermeiro não é meramente realizar técnicas. Toda a sua ação envolve uma componente relacional com o indivíduo e família. Neste sentido, foi gratificante nesta experiência em cuidados intensivos, otimizar e desenvolver competências relacionais com as pessoas, os familiares e com os profissionais de saúde nas diversas áreas de intervenção. Contudo, a comunicação assume-se como uma área de intervenção altamente complexa, e nesse sentido, a adequação do discurso terapêutico revela-se um grande desafio com grande potencial de desenvolvimento como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Ao longo do desenvolvimento de competências de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, tive a oportunidade de elaborar um estudo de caso de uma pessoa em situação crítica por traumatismo do sistema tegumentar por grande queimadura. Este estudo de caso constituiu um momento de aprendizagem fundamental, atendendo à raridade deste tipo de traumatismo na nossa realidade regional e também por proporcionar excelentes momentos de aprendizagem atendendo à necessidade de cuidados altamente especializados.

Vários focos de intervenção do enfermeiro estiveram presentes neste cliente, com especial relevância para a perfusão dos tecidos, prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, sofrimento da família e volume de líquidos.

Com esta experiência de prestação de cuidados identifiquei várias necessidades de intervenção terapêutica. Assim, com o objetivo de divulgar o conhecimento e partilhar a experiência em contexto de trabalho, promovi uma ação de formação sobre cuidados de

enfermagem à pessoa em situação crítica por trauma do sistema tegumentar por grande queimadura (Apêndice D). O feedback manifestado verbalmente pelas colegas do serviço foi extramente positivo, pela partilha de conhecimento e também pela necessidade manifestada para a criação de um protocolo de intervenção específica nesta área do cuidar.

A fundamentação de estudos de caso constitui instrumentos fundamentais para a partilha e aquisição de conhecimento, dado que abre espaço à discussão, promove o confronto com a evidência científica e monitoriza o estado da arte do cuidar, contribuindo assim para o desenvolvimento efetivo de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, dado que demonstra conhecimento e capacidade de compreensão pelos fenómenos de enfermagem, aplica os conhecimento e compreende a implicação das suas intervenções no processo do cuidar, realiza um julgamento e tomada de decisão com base na evidência científica e apresenta uma fundamentação teórica e empírica, estabelece uma comunicação de forma clara e sem ambiguidades e cria condições para a evolução da afirmação das competências especializadas.

1.2. Ética e responsabilidade na prestação de cuidados especializados

A OE foi criada em 1998 através do Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, assumindo-se como o pilar de desenvolvimento da profissão e, sobretudo, como garante da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população.

Mais recentemente foi aprovado em assembleia geral da OE e publicado em Diário da República, 2ª série, nº 35 de 18 de fevereiro de 2011 o Regulamento n.º 124/2011 que define as competências específicas do enfermeiro especialista para as diferentes áreas de especialização em enfermagem incluindo em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Este documento constitui-se como um referencial orientador para a certificação de competências.

A aquisição de competências do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, teve vários contributos com destaque importante da ética, investigação, bioética e direito em enfermagem (OE, 2011).

O ato de cuidar, à luz da enfermagem, envolve ciência, interação e desenvolvimento humano. Frequentemente os enfermeiros tomam decisões que têm impacto no bem-estar da pessoa e família em situação de saúde/doença e nesse sentido, podem gerar inquietações nos profissionais, causando conflitos morais designados por problemas ou dilemas éticos. A deontologia para enfermeiros (2015) destaca que a relação

entre enfermeiro – doente é revestido de princípios e valores cuja dignidade da vida humana é o pilar mais importante. Nesta linha de fundamentação, surge a ética profissional como uma forte ferramenta de carácter normativo, contribuindo para a reflexão sobre as condutas humanas no âmbito da vida e da sociedade.

O desempenho de um profissional de enfermagem assume um papel fundamental no seio de uma sociedade moderna com direitos e deveres. Aos profissionais de saúde é esperado um desempenho profissional responsável e que fundamente os seus cuidados com responsabilidade. Segundo o código deontológico a “responsabilidade exerce no compromisso assumido perante uma missão que nos é atribuída; quando a obrigação é a de cumprir certos deveres ou de assumir certos encargos ou compromissos” (OE, 2015, p. 55).

Assim, segundo a deontologia dos enfermeiros (2015), como nos refere Correia (2012) a responsabilidade é uma das premissas chave, demonstrando-se por exemplo nas decisões que o enfermeiro toma, e nos atos que pratica ou delega.

Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, e promover uma responsabilidade na escolha esclarecida e livre, com a aplicação do consentimento informado, e responsabilidade no acompanhamento e encaminhamento da pessoa/família durante as diversas fases da vida ou no processo de doença constituem bases fundamentais para um cuidar humanizado.

Foi sempre uma preocupação minha respeitar a dignidade de todas as pessoas no exercício da profissão especializada em enfermagem médico-cirúrgica, identificando-as como pessoas únicas e multidimensionais. Procurei sempre preservar a privacidade das pessoas e família alvo de cuidados, situação por vezes difícil, devidos às características físicas dos serviços.

Sempre considerei a privacidade e o respeito pela pessoa e família únicos e valores major com necessidade permanente de serem preservados, atendendo que as unidades físicas dos serviços de saúde facilmente expõem o cliente a outros intervenientes. No entanto, esta situação exigiu-me como profissional uma atenção constante nas várias adaptações elaboradas durante a prestação e gestão de cuidados como a colocação de diversos biombos e outros instrumentos barreira, com objetivo primordial de promover a privacidade e o respeito pela singularidade da pessoa e família em situação crítica.

Também, foi uma preocupação respeitar as tomadas de decisão da pessoa, e atender ao seu direito de escolha. Para tal, informava à pessoa e à família, sobre todos os cuidados que ia executar, solicitando simultaneamente a sua colaboração e consentimento. A informação foi prestada de forma simples, objetiva, clara e razoável com o objetivo de

esclarecer a pessoa e família, no que respeita ao seu estado de saúde, à sua evolução e riscos associados às intervenções terapêuticas, tal como nos recomenda a Entidade Reguladora da Saúde (2017) e a OE (2015).

Respeitar as rotinas, crenças e valores da pessoa e família em situação crítica constituem valores nobres do cuidar humanizado. Relativamente a este ponto, tive em consideração compreender as rotinas e crenças da pessoa e família alvo de cuidados, questionando-os sobre as mesmas e procurando sempre respeitá-las. Relativamente ao respeito pelo sigilo profissional e à informação relevante sobre a pessoa e família, procurei sempre manter a confidencialidade das informações colhidas, partilhando apenas informações com colegas, tutor, docente e profissionais envolvidos no processo do cuidar, promovendo assim uma postura e atitude responsável em consonância com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015).

O processo de enfermagem como instrumento fundamental da prática da enfermagem tem todas as considerações morais envolvidas na arte de cuidar. A analogia entre o processo de enfermagem e a análise da tomada de decisão não tem apenas um objetivo prático, ela procura igualmente realçar que tanto a experiência moral como a experiência profissional são dimensões indissociáveis de um mesmo ato (Fernandes, 2010).

Neste percurso de aprendizagem especializada apliquei o modelo DECIDE preconizado por Boyd, Melia e Thompson (2004) nas tomadas de decisões éticas. Utilizei frequentemente este modelo pelo seu método prático para formular juízos e tomar decisões éticas prudentes. Tal como nos recomenda Aristóteles a prudência estimula a capacidade para aplicar os princípios gerais às situações específicas, através da aquisição de conhecimentos e capacidades, de forma a escolhermos os melhores meios disponíveis para alcançarmos um bom fim (Oliveira & Boveto, 2012).

Com base na Lei n.º 15/2014 de 21 de Março art. 4.º, a adequação da prestação dos cuidados de saúde, proporciona à pessoa e família nos serviços de saúde, cuidados com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, e os cuidados de saúde necessários. Proporcionei também à pessoa o direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos e geri e prestei os cuidados com princípios humanistas e com respeito pela sua individualidade.

A pessoa e família em situação crítica são portadoras de um conjunto de valores e crenças, que têm de ser respeitadas. O atendimento em emergência condiciona, por vezes, a própria vontade da pessoa nos processos de intervenção terapêutica. Esta situação acontece com alguma frequência pela necessidade imperiosa de recuperar a pessoa de uma

situação que coloca em risco as suas funções vitais. Como nos afirma Correia (2012) o aprimorar dos meios de socorro e de emergência pré-hospitalar; com a resposta cada vez mais célere e eficaz às pessoas em situação crítica e/ou falência orgânica, muitas vezes não é possível saber no momento a vontade da pessoa.

Como profissional de saúde neste percurso especializado otimizei todos os meios necessários para manter as funções vitais da pessoa em situação crítica. Neste âmbito, foram promovidas várias discussões em contexto de equipa, que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, reflexão, maturação e crescimento pessoal, que foram adquiridas ao longo deste percurso de enfermagem especializada na consolidação de competências e na promoção dos direitos humanos.

No atendimento à pessoa em situação crítica, por vezes, tive alguma dificuldade em aplicar o princípio da autonomia, devido à necessidade de uma intervenção rápida. Porém esta atuação rápida pautou-se por cumprir os princípios fundamentais como o da beneficência e não maleficência atendendo às evidências científicas. Tive sempre em consideração, promover o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, e sempre que possível prestei toda a informação à pessoa e família, procurador de cuidados ou ao seu legal representante.

Neste percurso de enfermagem especializada documentei-me sobre a possível utilização do testamento vital (RENTEV), segundo os termos do disposto na Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho, adaptada à RAM pela Portaria n.º 154/2014 de 1 de Setembro, dado que através do RENTEV as diretivas antecipadas de vontade funcionam como um instrumento de trabalho e de apoio, como nos documenta o modelo de diretiva antecipada de vontade. (ver Anexo III). Tive sempre como premissa fundamental o respeito constante pela pessoa e família, como valor básico e fundamental no exercício da profissão de enfermagem, e como base de trabalho o Código Deontológico dos enfermeiros inserido no estatuto da OE (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

As intervenções de enfermagem foram planeadas e realizadas com a preocupação da defesa e da liberdade da dignidade da pessoa humana, e como enfermeiro coresponsabilizei-me pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a evitar atrasos no diagnóstico e nas intervenções terapêuticas.

Assim, de acordo com o enunciado no regulamento do exercício profissional do enfermeiro, adotei uma conduta responsável e ética e atuei com respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, como descreve o REPE no art. 8º, ou seja, exerci as minhas funções com uma “conduta responsável no respeito pelos direitos e

interesses protegidos dos cidadãos, tive como objetivo fundamental a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação e reinserção social, e atuei em complementaridade funcional com outros profissionais de saúde” (OE 2015, p. 101).

Neste percurso de enfermagem especializada e ao longo da minha atividade profissional como enfermeiro, procurei sempre adotar princípios éticos e morais para com a pessoa e família alvo de cuidados. Priorizei sempre um atendimento pautado pelo respeito pela individualidade da pessoa e família, assim como, as suas vontades e crenças, mesmo em situações de emergência ou falência multiorgânica. Promovi sempre o bem-estar, o conforto, a dignidade e a privacidade. Como futuro enfermeiro especialista estou mais habilitado a cuidar da pessoa e família em situação crítica, com intervenções mais assertivas e empáticas, demonstrando assim mais competência ao nível da gestão da prática, segurança, privacidade e dignidade da pessoa humana.

Cuidar da família em ambiente de urgência e emergência é complexo e um foco alvo de intervenção do enfermeiro, a incerteza da gravidade da situação crítica, principalmente na área do trauma e a recuperação do seu familiar, gera sentimentos de insegurança, medo e sofrimento. Por vezes as informações não são conclusivas e objetivas, mas urge a necessidade de presença do enfermeiro, com recurso a várias técnicas de intervenção como a escuta ativa e a empatia. A presença do enfermeiro junto da família é também uma base fundamental da intervenção terapêutica.

Existem vários estudos que documentam a importância da família na arte de cuidar em enfermagem. Por exemplo, Engström & Söderberg em 2005, citados por Sá, Botelho, & Henriques, (2015) referem que um grande número de enfermeiros reconhece os benefícios da presença da família no serviço de cuidados intensivos e relatam até alguma frustração quando por outros motivos tal não se verificava.

Também Cypress (2011) citada por Sá, et al, (2015), identifica que os enfermeiros consideram a pessoa em situação crítica e a sua família como uma unidade, de cuidados, e em consequência o doente e a família consideram também os enfermeiros como recursos de saúde para o sistema familiar no momento de crise. É fundamental envolver a família na execução do plano de cuidados da pessoa em situação crítica, implicando-a numa relação empática/terapêutica.

Nas práticas clínicas que desenvolvi, tanto na unidade de cuidados intensivos como no serviço de urgência central e emergência pré-hospitalar tive sempre a preocupação em cuidar da família da pessoa em situação crítica. Realço a organização do trabalho na intervenção à família da pessoa em situação crítica, do SUC do HSM, dado que

a própria estrutura física da urgência proporciona um ambiente (dado que possui um gabinete reservado para esse fim) de acolhimento e de intervenção terapêutica na família em qualquer contexto clínico.

Tive a oportunidade de apoiar diversas famílias de pessoas em situação crítica, principalmente por trauma e utilizei o gabinete de atendimento à família no processo de intervenção. Utilizei frequentemente a escuta ativa, a relação empática, proporcionei ambiente para a família expressar os seus medos e anseios, demonstrei disponibilidade, acolhimento, simpatia, prontidão na informação atendendo aos diversos diagnósticos de enfermagem identificados, planeei e apliquei intervenções terapêuticas.

Cuidar da família em situação crítica foi um trabalho importante e revelou-se um trabalho gratificante, dado que por vezes os focos de atenção dos enfermeiros na sala de emergência ficam centrados na pessoa que está em situação crítica. Identifiquei neste percurso de aprendizagem especializada que a família também está em situação crítica e também é foco de intervenção para o enfermeiro. Urge a criação de condições físicas para prestar cuidados à família nos serviços de atendimento à pessoa em situação crítica.

Gomes e oliveira (2012), num estudo sobre as vivências da família no hospital durante o internamento da criança, identificaram que a família revela vivências negativas no hospital quando se defronta com situações que refletem medo, preocupação com o risco de adquirir infeção hospitalar, com as possíveis sequelas decorrentes dos procedimentos e da própria situação de saúde.

Refere também medo em relação ao tipo de assistência, e angústia com o sofrimento de outras famílias, assim como a possibilidade da morte do seu familiar. Por outro lado, também identificaram vivências positivas, nomeadamente as condições adequadas e uma infraestrutura confortável. Os familiares revelam que apesar das circunstâncias desagradáveis o ambiente hospitalar torna-se mais aconchegante por apresentar, por exemplo, acomodações confortáveis e uma área reservada ao atendimento. Algumas famílias reconheceram também que o hospital estava organizado de forma a agregar todos os recursos necessários para o cuidado holístico. A presença de materiais, equipamentos, profissionais especializados, na quantidade e com a qualidade necessária torna os serviços merecedores da confiança por parte das famílias (Gomes & Oliveira, 2012).

Como nos refere Gomes e Oliveira (2012), compreender como a família vivencia o período de atendimento no hospital nos remete a refletir acerca de nossas ações, indicando estratégias que os profissionais da saúde podem adotar, de forma a possibilitar

que estas vivências sejam mais produtivas e menos traumáticas. Neste sentido, pretendo implementar um projeto família, no serviço de urgência onde exerço a minha atividade profissional, de modo a uniformizar o atendimento no cuidar da família em situação de crise.

Assim, neste percurso de aprendizagem desenvolvi competências no atendimento às perturbações emocionais da pessoa e família, incluí a família no processo do cuidar, assisti à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes dos diagnósticos e informações fornecidas, e adotei uma postura de ajuda e de disponibilidade promovendo o respeito e responsabilidade pela pessoa e família. Outro exemplo foi a flexibilidade no horário da visita de familiares nas unidades de cuidados intensivos e salas de tratamento intensivo na urgência central, onde tive sempre a preocupação de racionalizar a visita dos familiares com a dinâmica e funcionamento dos serviços.

O saber estar na enfermagem é indispensável para um cuidar de qualidade. O domínio dos saberes (saber-saber, saber-fazer e saber-ser/estar) estabelece uma simbiose perfeita na promoção de uma conduta prática com responsabilidade à pessoa alvo de cuidados de enfermagem. Congregar esta visão é fundamental para uma prática de qualidade e convergente com as necessidades das pessoas. Neste percurso de aprendizagem especializada documentei-me sobre temas emergentes no contexto de saúde e adquirir conhecimentos que me permitem desenvolver competências próprias de um enfermeiro especialista. A ética e a responsabilidade são princípios fundamentais para a construção de uma base sólida e coesa do cuidar humanizado.

1.3. Natureza e Qualidade do Cuidar Especializado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A qualidade está associada a dois atributos fundamentais, por um lado, à acessibilidade dos cuidados, e por outro, à satisfação individual da pessoa (respostas adequadas às necessidades). Relativamente à acessibilidade, são inúmeros os fatores que podem estar associados, e consequentemente condicionar a “qualidade” em relação à satisfação individual, muitos dos fatores são intrínsecos ao próprio prestador de cuidados, na excelência do seu exercício profissional.

A profissão de enfermagem especializada tem, assim, evoluído nas últimas décadas dando primazia à profissionalização com ênfase para a formação científica e técnica. Os enfermeiros especialista, no sentido de responder a estes desafios, têm-se

apetrechado de conhecimentos através da sua formação contínua, desenvolvendo capacidades e competências pessoais que lhes permitem maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança na sua tomada de decisão. O pensamento crítico e refletido promovem essa autonomia e enfatiza na prática a melhoria contínua do exercício profissional com a finalidade de proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa/família e comunidade.

Segundo Correia (2012) o conceito de saúde tem evoluído ao longo dos tempos e a sua importância é emersa nas várias instituições internacionais e nacionais, com uma convergência ideológica, entre a Organização Mundial de Saúde (OMS), a DGS e a OE. O departamento para a qualidade da saúde da DGS identifica a necessidade de implementar medidas que visem a qualidade dos cuidados e a sua monitorização, com a principal missão de “promover a melhoria contínua da qualidade” (SNS, 2017).

A qualidade dos cuidados em saúde assume um papel fundamental no desenvolvimento de um estado responsável e preocupado com os seus cidadãos. O estudo desenvolvido pelo projeto RN4Cast identificou que alguns países que foram alvo de severas medidas e restrições económicas nos serviços de saúde apresentaram baixos índices de qualidade e satisfação. (Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, et al, 2012). Podemos identificar assim, alguns fatores político-económicos que interferem na qualidade e satisfação da pessoa.

A qualidade em saúde e a satisfação das pessoas com os serviços representa um grande desafio para todos os profissionais, e assume um papel importante na melhoria contínua dos serviços. Tendo consciência destes desafios adotei sempre uma atitude proactiva, no sentido de promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, através da formação, auto formação, do pensamento crítico-refletido das práticas (reflexões em contexto de estágio), visando sempre a qualidade dos cuidados e a satisfação das pessoas. Como enfermeiro especialista, procurei a realização pessoal e profissional, induzida pelas novas exigências e pelo percurso que a profissão de enfermagem tem tido nos últimos tempos, a nível da formação académica e profissional, como nos identifica o REPE (2015) e a OE (2015). A qualidade em saúde assume assim, uma dimensão multiprofissional, e a profissão de enfermagem assume um papel importante para a obtenção da qualidade em saúde.

A gestão da qualidade é, assim, um domínio importante nas competências do enfermeiro especialista. O enfermeiro especialista assume um papel de dinamizador de

estratégias fundamentais, ao nível de programas e projetos de intervenção para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Nesse sentido, tive a oportunidade de identificar várias áreas de intervenção terapêutica suscetível de melhoria. A identificação destas necessidades de melhoria foi discutida em contexto de equipa, e programado um projeto de intervenção específica. Assim, em colaboração com o meu tutor identificamos a necessidade de analisar o conteúdo do registo de trauma no SUC do HSM, e identificar quais os principais focos de enfermagem em cada tipo de trauma. O registo de trauma é um instrumento fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, dado que permite, analisar os principais focos de atenção do enfermeiro e promove uma intervenção mais personalizada, assim como a continuidade dos cuidados.

O registo de trauma assume-se, como um instrumento de qualidade, e nesse sentido, tive a oportunidade, em contexto de trabalho, onde exerço a atividade profissional, de promover um espaço de debate sobre o problema, a falta de registo de trauma, e em contexto de equipa implementar um projeto de intervenção para operacionalizar esse registo. Tive sempre a preocupação de fundamentar a minha intervenção terapêutica com as diversas pesquisas bibliográficas de referência e com a evidência científica, e promover momentos de discussão sobre os resultados da mesma com a equipa de saúde. Foram muito proveitosas as discussões no seio da equipa de saúde, pois permitiu consolidar o conhecimento e uniformizar procedimentos. Neste sentido, potencieei a qualidade e contribui para a melhoria contínua dos cuidados em enfermagem e demonstrei competências na iniciação e participação em projetos na área da qualidade.

É através da prática quotidiana que adotamos comportamentos de mudança de evolução, uniformizando cuidados, protocolando intervenções, partilhando experiências com o objetivo de atingir a excelência. Na prestação de cuidados especializados na SMI do HNM, no SEMER e no SUC do HSM utilizei os protocolos institucionalizados como guia orientador, que contribuíram largamente para o desenvolvimento e aquisição de competências específicas na enfermagem médico-cirúrgica. De referir que a este nível os SMI do HNM e SUC do HSM estão bem organizados e fundamentados. Assim, apliquei e analisei vários protocolos existentes nos dois serviços, como foi o exemplo do protocolo de administração de insulina intravenosa, protocolo de reposição de potássio, protocolo de colocação de cateter central; protocolo de acolhimento da pessoa em situação crítica e seus familiares, protocolo de antibioterapia específica, protocolo de hidratação do grande

queimado, entre outros, frequentemente utilizados na minha atividade profissional diária no serviço de urgência.

Os protocolos assumem-se assim, como documentos fundamentais para assegurar a qualidade da intervenção, no entanto, necessitam de uma constante monitorização com a evidência científica em prol da melhoria contínua. No estágio de cuidados intensivos tive a oportunidade de preparar a unidade da pessoa com todos os cuidados protocolados, desde a receção da pessoa em situação crítica e família, à realização de testes aos equipamentos, como o exemplo do ventilador e seringas infusoras, e organizei a unidade e os circuitos segundo a norma de prevenção e controlo da infeção.

Segundo a DGS (2010) as IACS são indicadores importantes na avaliação da qualidade dos cuidados. A adoção de medidas estruturantes permite o controlo deste foco alvo da enfermagem. Assim, neste percurso de aprendizagem especializada apliquei as normas de controlo da infeção, nomeadamente a utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva, a higienização das mãos, a correta articulação dos circuitos dos materiais e equipamentos, e colaborei com o projeto STOP infeção do SMI do HNM.

A pessoa em situação crítica por trauma é alvo de um número significativo de técnicas invasivas, aumentando consideravelmente o risco de infeção. Na SMI do HNM e no SUC do HSM tive sempre a preocupação de efetuar um manuseamento correto dos dispositivos intravasculares, dos drenos, da técnica asséptica na aspiração de secreções e todas as medidas essenciais de higienização tendo como foco a prevenção da infeção. Adquiri e desenvolvi competências importantes para o controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, no estágio de SMI do HNM, SEMER e SUC do HSM, dado que proporcionaram condições de partilha e de discussão no seio da equipa.

O processo de enfermagem é o instrumento básico para o exercício profissional. A documentação desse processo assume assim um papel primordial, pois permite a continuidade do mesmo, e é uma imagem documental do seu desempenho. Um exercício profissional de qualidade deverá ser acompanhado de um registo documental de qualidade. Não é possível monitorizar a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde sem registos de qualidade. Como mestrando na enfermagem médico-cirúrgica estimulei a equipa de enfermagem, nos locais de trabalho onde exerci, sobre a importância de operacionalizar um plano de cuidados personalizado, com diagnósticos personalizados, bem identificados, com intervenções pertinentes, para a resolução de problemas e para permitir a monitorização dos resultados de enfermagem. Muitas vezes no contexto de emergência havia uma tendência para secundarizar os registos de enfermagem, mas no meu exercício profissional,

identifiquei sempre o registo como uma prioridade após a prestação de cuidados emergentes. O registo de enfermagem para além de ser uma fonte primordial do exercício profissional, na perspetiva da qualidade de cuidados, permite também uma análise crítica do trabalho desenvolvido, e contribui para a melhoria contínua da prática de enfermagem.

Esta preocupação do registo de enfermagem também é documentada por Silvestre em 2012, que nos refere que Marinis (2010) divulgou um estudo italiano, na qual pretendia contribuir para o debate da qualidade dos registos de enfermagem, e comparou o que observou através de uma grelha estruturada, aos registos produzidos pelos enfermeiros após os cuidados prestados. Neste estudo identificou que havia inconsistências entre o que observou e o que foi relatado pelos enfermeiros. Identificou também que nas atividades de cariz físico há cerca de 38% de registos face aos cuidados prestados e nas atividades de cariz educacional cerca de 3% de registos. Identificou também que os enfermeiros fazem mais do que registam, denunciando os cuidados prestados como uma prioridade face aos registos. Os registos são vistos por alguns, tal como alguns autores também indicam (Tapp, 1990; Taylor, 2003; apud Marinis, 2010), como burocracia e nos dias em que há mais intervenções são os dias em que os registos são significativamente mais pobres. Neste estudo de Marinis (2010) em cerca de 1568 intervenções de enfermagem só 40% é que foi alvo de registo (Silvestre, 2012).

À pessoa e família alvo de cuidados operacionalizei a documentação do processo de enfermagem, após a realização da admissão no SMI. Essa documentação incluía uma colheita de dados completa do nível de *status* de saúde nas diversas atividades de vida, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem específicas para a resolução dos problemas identificados e monitorização de resultados de enfermagem. O registo de enfermagem foi elaborado e documentado na plataforma eletrónica da unidade de saúde. No SMI paralelamente a este registo eletrónico há uma folha tipo A3 para registo diário de dados de monitorização das diversas funções fisiológicas como: parâmetros ventilatórios, função hemodinâmica, avaliação neurológica, avaliação metabólica, eliminação, atitudes farmacológicas e não farmacológicas, balanço hídrico, medicação pontual, registo de dispositivos nas diversas intervenções terapêuticas, registo de feridas da pessoa, bem como a data de continuidade de cuidados à ferida e substituição de dispositivos invasivos.

No SUC do HSM, registei as ações de enfermagem no sistema de registo em suporte informático (programa ALERT). Na operacionalização do registo de enfermagem tive sempre a preocupação de identificar os focos de atenção segundo a mnemónica “ABCDE”, recomendada pela instituição e DGS (2010), e centrei os registos como é

preconizado pelo processo de enfermagem, ou seja, organizei-os segundo a apreciação, diagnósticos, intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados.

O método de trabalho utilizado neste percurso de enfermagem especializada foi o de enfermeiro responsável, dado que permite conhecer e interpretar com mais especificidade as respostas humanas a um determinado contexto clínico, e é mais assertivo e facilitador de cuidados de qualidade. Este método de trabalho permitiu identificar a evolução dos cuidados de enfermagem em relação aos resultados e ganhos em saúde, proporcionou a continuidade de cuidados e permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da melhoria contínua da qualidade na prática de enfermagem, permitindo assim, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado.

A criação de um ambiente terapêutico e seguro no atendimento à pessoa crítica é também uma área de competência do enfermeiro especialista. A pessoa em situação crítica e com instabilidade hemodinâmica na unidade de saúde necessita de cuidados e vigilância contínua. Nesse sentido, em relação ao número de profissionais por turno, e a dotação de um profissional de saúde para uma pessoa alvo de cuidados intensivos, no SMI do HNM, por vezes revelou-se insuficiente, atendendo à necessidade de cuidados emergentes específicos, o que necessitava do espírito de equipa constante e sempre presente, e da interajuda na operacionalização de cuidados. O enfermeiro especialista tem um papel importante na operacionalização da dinâmica e funcionamento do serviço e na adequação dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados. Gerir para a qualidade é a meta, e o enfermeiro especialista detentor de competências específicas é seguramente uma mais-valia da gestão e promoção dos cuidados de saúde de qualidade.

1.4. Prestação e Gestão na Excelência do Cuidar Especializado

A gestão dos cuidados de enfermagem assume um papel importante na racionalização de recursos disponíveis. Na atual conjuntura socioeconómica regional e nacional, com recursos cada vez mais escassos e com exigências cada vez maiores, assumem-se como um verdadeiro desafio para a gestão e qualidade dos cuidados em enfermagem. A gestão do cuidar especializado deverá convergir a qualidade dos cuidados com a eficiência e eficácia dos mesmos. Se por um lado, é exigido ao profissional de saúde

que atinga as metas e objetivos estabelecidos, para obter ganhos em saúde, por outro lado, esse trabalho deverá ser otimizado com a máxima racionalização de recursos.

A crescente busca pela qualidade na prestação de cuidados deverá pautar o percurso da vida profissional (Aparício, 2011). A reflexão dos cuidados deverá ser suportada pela identificação de necessidades e planeamento de cuidados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, assumindo como eixo central a prestação de cuidados de enfermeiro especialista, que nos permite identificar e responder prontamente a focos de instabilidade, bem como executar cuidados técnicos de alta complexidade.

A gestão e prestação de cuidados ao longo deste percurso de aprendizagem convergiram de forma equidistante entre a autonomia e a orientação, assumindo-se como estruturante a tomada de decisão fundamentada nas evidências científicas e nas responsabilidades sociais e éticas. Considerei que esta dialética permanente, decorrente da plena integração na equipa, foi um enorme desafio, de confronto e crescimento, de iniciativa e análise, de discussão e fundamentação, de cumplicidade e decisão que evidenciaram competência para tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas.

Assim, como mestrando neste percurso de enfermagem médico-cirúrgica desenvolvi estratégias e competências que permitiram uma melhor gestão dos cuidados ao nível da gestão do tempo, da utilização de materiais e estabelecer prioridades de cuidados, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Cuidar da pessoa e família em situação crítica exige competência específica na eficiência e eficácia do cuidado. Este percurso de aprendizagem especializada tornou-me mais eficiente e eficaz no cuidar da pessoa humana e família nas mais complexas dimensões, contribuindo assim para a minha estética do cuidar.

O enfermeiro especialista gere os seus cuidados e pode assessorar outros colegas no seu processo de enfermagem, assim como, a chefia na gestão dos recursos do serviço e projetos em contexto de saúde. Identifiquei as diversas áreas de competência dos enfermeiros gestores no SUC e SMI. Foi possível identificar as diferentes variáveis a ter em conta na seleção de recursos e dinâmica funcional, para atender às necessidades da pessoa e família alvo de cuidados. A gestão está inerente a qualquer prestação de cuidados, dado que gerir bem é contribuir para a qualidade contínua dos cuidados, e é também sinónimo de eficiência. Com a aquisição de mais competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, sinto-me mais apto a responder às reais necessidades do cuidar especializado e de contribuir para a gestão dos recursos no serviço.

Tive a oportunidade de ser o responsável de turno no serviço onde exerço a minha atividade laboral, e nesse sentido, apliquei competências de gestão de recursos, adquiridas ao longo das práticas clínicas, em substituição da enfermeira chefe. O enfermeiro especialista assume assim um papel importante na dinamização de recursos para o bom funcionamento da equipa de saúde.

No estágio no SUC do HSM, com a oportunidade do meu tutor ser enfermeiro chefe de serviço, e com isso, permitiu-me interiorizar vários procedimentos de gestão e funcionamento de uma equipa de enfermagem inserida num contexto multiprofissional, nomeadamente na distribuição da carga de trabalho por turno, planeamento da distribuição de trabalho semanal, distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais nos diversos locais de atividade profissional e a implementação de estratégias de rentabilidade e satisfação profissional.

Gerir um serviço com profissionais de saúde com diversas competências e particularidades exige competência na otimização de recursos, atendendo ao objeto e à missão do serviço e unidade hospitalar. Por vezes havia a dificuldade de otimizar o plano de distribuição de profissionais de saúde para todos os postos de atendimento, atendendo à falta de dotação de enfermeiros, nesse sentido, muitas vezes houve a necessidade de fechar alguns sectores de atendimento menos urgentes em relação aos mais necessitados e prioritários.

Foi possível assim, identificar que por vezes no dia-a-dia os recursos são escassos, e exige do gestor uma resposta em prol da qualidade de cuidados. Assim, com o enfermeiro tutor tive a oportunidade de desenvolver competências na distribuição dos profissionais pelos diversos locais de trabalho, fazer pedidos de materiais e medicamentos, requisitar trabalho de enfermeiro extraordinário e atender as diversas situações burocráticas pontuais. Uma boa gestão de cuidados minimiza a sobrecarga de trabalho, promove a satisfação dos profissionais e contribui para a melhoria contínua dos cuidados.

As competências de liderança são consideradas ferramentas essenciais para o sucesso das organizações em geral e dos seus colaboradores em particular, sobretudo em períodos de crise económica como o que atravessamos atualmente (Sousa, 2012).

Tive a oportunidade também, por diversos momentos no meu contexto de exercício profissional, de substituir a enfermeira chefe no serviço, e apliquei os nobres contributos experienciados e desenvolvidos nos estágios no SMI do HNM e no SUC do HSM.

Assim, tive a oportunidade de desenvolver competências do enfermeiro gestor, que segundo a OE (2014), no seu regulamento do perfil de competência de enfermeiro gestor, este detem um conhecimento efetivo do domínio da disciplina de enfermagem, da profissão do enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garantindo o cumprimento dos padrões de qualidade de cuidados de enfermagem.

A organização dos cuidados de enfermagem é assim, o motor do desenvolvimento profissional, desde a criação de ambientes favoráveis à prática clínica e à qualidade do serviço prestado ao cidadão, desde a gestão de pessoas, à segurança de cuidados, à adequação dos recursos, à formação em serviço, e às relações profissionais (OE, 2014).

Na minha observação ativa do enfermeiro chefe, identifiquei que gerir não é só organizar e distribuir trabalho. É necessário fundamentar as nossas decisões, tendo em linha de conta os nossos recursos. O resultado esperado é o bem-estar, e a recuperação da pessoa e família em situação crítica. É o aliar da eficácia à eficiência. Os cuidados de enfermagem espelham-se em resultados de enfermagem, ganhos em saúde, e é a fase final do processo de enfermagem.

É também importante racionalizar os recursos profissionais atendendo às necessidade de cuidados, saber quantos doentes existem, quantos são transferidos, as camas que são requeridas para receber doentes, são dados a ter em linha de conta para o operacionalização e funcionamento do serviço. O índice de intervenção terapêutica (TISS) efetuado no SMI do HNM é uma forma de espelhar em números o tempo necessário para cuidar de uma pessoa em situação crítica. É realizado diariamente e referente às vinte e quatro horas anteriores. É, juntamente com os indicadores de qualidade, analisado periodicamente por uma equipa de enfermeiros externos ao serviço que os cuidados de saúde são monitorizados. O número de úlceras por pressão, o número de infeções adquiridas nos cuidados de saúde, o número de quedas, são exemplos de indicadores de resultado precisos e quantificáveis da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Gerir no contexto atual da saúde, constitui um desafio para qualquer profissional de saúde, sendo que, a gestão dos cuidados de enfermagem é transversal a todos os enfermeiros, no entanto, os especialistas em enfermagem médico-cirúrgica têm condições para se dotarem de competências acrescidas na área da gestão e consequentemente assumir esta responsabilidade. Esta experiência ao nível da gestão de cuidados de enfermagem dotou-me de mais competências a este nível, nomeadamente para lidar com alguma imprevisibilidade, potenciando a minha capacidade de resolução de problemas.

1.5. Desenvolvimento e Aprendizagem Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A aprendizagem tem um papel fundamental no desenvolvimento e na construção de uma identidade ao nível da ciência e da disciplina de enfermagem. A evolução da ciência e investigação constituem subsídios fundamentais para a consolidação do conhecimento e adequação dos cuidados à comunidade. A necessidade do cuidar e a pluralidade de conteúdos, assim como, a interdisciplinaridade do foco de intervenção nas pessoas, exige uma profissão atual e consistente na sua capacidade de resposta. Só o conhecimento atualizado e coeso permitem um desenvolvimento e uma aprendizagem da enfermagem na vertente evolutiva pretendida.

Neste percurso de enfermagem especializada em médico-cirúrgica tive sempre presente a necessidade do desenvolvimento cognitivo, empírico e moral, baseando a minha prática em bases científicas sólidas e documentadas, nas diversas discussões no seio da equipa de saúde, na fundamentação do processo de enfermagem e na promoção de pequenas ações de formação a título individual e em grupo. A constante evolução na área da saúde exige uma ciência e uma profissão atual, com capacidade de resposta afirmativa e com uma dinâmica contínua na intervenção ao nível do saber-ser, saber-saber e saber-fazer.

O meu desenvolvimento pautou-se pela assertividade e pelo autoconhecimento. Pela assertividade de identificar áreas de intervenção que em consonância com o meu desenvolvimento profissional no serviço de urgência, sentia-me capaz e apto a executar com perícia, e também identificar outras áreas que necessitava de ajuda para a sua operacionalização, nomeadamente áreas de intervenção terapêutica que nunca tinha realizado. Em relação ao autoconhecimento, promovi o desenvolvimento profissional na pesquisa de conteúdos para a fundamentação do cuidar, na evidência empírica e científica. As competências a desenvolver pelo enfermeiro especialista, devem assim, permitir enriquecer o nível de conhecimento, pois só fundamenta a sua prática especializada em sólidos e válidos padrões de cientificidade. É requerido ao enfermeiro especialista que através das suas competências, influencie de forma positiva e construtiva a equipa, motivando e esclarecendo-a, gerindo conflitos, partilhando experiências e estimulando a formação e a aprendizagem individualizada, como proposto pela OE (2009).

O desenvolvimento do estágio no SMI do HNM permitiu-me ter contacto com uma nova realidade profissional, atendendo que a minha atividade profissional tinha-se desenvolvido no serviço de urgência em alternância com a docência do ensino superior politécnico. O SMI é um local de trabalho complexo ao nível da presença de tecnologia diversificada e de múltiplos protocolos terapêuticos complexos. A necessidade de uma atualização permanente sobre os diversos meios de intervenção terapêutica e tecnológicos de apoio ao cuidar da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica o desenvolvimento de competências específicas.

A implementação de intervenções terapêuticas complexas à pessoa em situação crítica, no processo do cuidar, proporcionou o desenvolvimento de competências ao nível da monitorização invasiva, na ventilação mecânica invasiva, nas técnicas dialíticas, na reposição de líquidos e eletrólitos, na introdução de dispositivos de monitorização de pressão cerebral, na monitorização de perfusão dos tecidos, no transporte da pessoa em situação crítica com segurança, no balanço hídrico e no controlo da infeção associados aos cuidados de saúde. A identificação correta do funcionamento dos diversos dispositivos e meios tecnológicos de apoio ao cuidar, a identificação de dados de monitorização invasiva e não invasiva sensíveis à evolução clínica da pessoa em situação crítica, e outras competências específicas, desenvolvidas na SMI, no SEMER e no SUC, contribuíram largamente para o meu enriquecimento cognitivo e profissional.

Foi possível com estes estágios identificar que no mesmo contexto fisiopatológico, as respostas humanas divergiam de pessoa para pessoa, reforçando assim a diversidade da ciência de enfermagem, e a importância do foco de atenção do enfermeiro especialista estar centrado nas respostas humanas. Os enfermeiros precisam entender os diferentes contributos das diversas ciências e campos relacionados, mas precisam fortemente de se concentrar nas respostas humanas da pessoa e família. (Herdman, 2011)

Na unidade de cuidados intensivos elaborei um estudo de caso de uma pessoa alvo de cuidados de enfermagem por grande queimadura, 65% da área de superfície corporal, constituindo, como aluno de especialidade em médico-cirúrgica, um verdadeiro desafio.

A situação clínica para além de ser complexa e geradora de grandes alterações fisiopatológicas, com inúmeras respostas específicas na área do cuidar humano, é também uma situação pouco frequente nos serviços de saúde da RAM, proporcionando assim, um maior desafio na arte de cuidar. Por outro lado, os recursos disponíveis para atender a esta situação clínica foram escassos e limitados, desafiando ainda mais a eficiência e eficácia da nobre ciência de enfermagem.

Mais uma vez, a prestação de cuidados, num âmbito verídico, fez-me inteirar o quão importante é ter uma metodologia científica para a prática de Enfermagem. A viabilidade do processo de enfermagem aplicado à realidade do exercício da profissão acarreta vantagens indiscutíveis, não só para o enfermeiro, mas também para a pessoa alvo de cuidados. A componente humana do cuidar em enfermagem liderou toda a minha prática clínica, pelo que encontrei uma base sustentável de um cuidar idóneo, com segurança e de qualidade.

Após uma avaliação inicial descritiva foi possível identificar focos de intervenção do enfermeiro, importantes para responder às reais necessidades da pessoa em situação crítica.

Após a identificação de diagnósticos fundamentais para responder às necessidades da pessoa, foram implementadas intervenções específicas segundo um plano de cuidados personalizado e adequado à pessoa em situação crítica.

A pessoa em situação crítica por grande queimadura que cuidei na prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, em contexto de cuidados intensivos, obteve ganhos em saúde, nomeadamente, perfusão tecidual mais otimizada, atendendo à sua situação clínica, minimização do risco e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, minimização do sofrimento familiar, prevenção da úlcera por pressão e maximização do conforto e controlo da dor.

A essência da profissão de enfermagem, neste estudo de caso, centrou-se nas respostas humanas, como instrumento básico. A convergência de um plano de cuidados personalizado e centrado nestas respostas fortaleceu o desenvolvimento do meu conhecimento e a enfermagem como ciência e profissão. A componente técnico-científica, baseada na evidência e a componente humana da profissão fortaleceu o estatuto que não há profissão mais bonita do que aquela que chega ao “coração” da pessoa e família.

A interpretação dos traçados eletrocardiográficos também foi uma área do conhecimento que adquiri no estágio SMI do HNM, atendendo ao contexto fisiopatológico de uma jovem com alteração do processo circulatório alvo do meu cuidado. A alteração do processo circulatório constituiu uma área de intervenção de grande aprendizagem, atendendo à natureza de respostas humanas que uma alteração neste processo provoca, e também por constituir uma das funções vitais do nosso organismo.

Nesse sentido, perspetivando aumentar o conhecimento nesta área de intervenção elaborei um trabalho de pesquisa sobre as alterações elétricas do traçado eletrocardiográfico e promovi um espaço de debate e discussão na equipa de enfermagem. A discussão

revelou-se muito produtiva e constituiu um bom momento de aprendizagem na identificação dos vários tipos de traçado cardíaco nas diferentes derivações cardíacas, alterações fisiopatológicas do traçado cardíaco e respostas humanas. Tive também a oportunidade de lecionar este tema a alunos do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem, revelando-se assim, um excelente momento de aprendizagem e partilha do conhecimento (Apêndice A).

A aprendizagem constitui um grande estímulo para o desenvolvimento profissional, subsidiada pelo conhecimento empírico, cognitivo e pela evidência científica, no entanto, na prática de enfermagem existem fenómenos de grande dificuldade na sua resolução. A comunicação com a pessoa ventilada e com alguns níveis de sedação constitui um verdadeiro desafio à otimização dos cuidados. Tive a necessidade de operacionalizar meios não-verbais ao nível da comunicação, e aprender novas formas de comunicar com a pessoa em situação crítica, constituindo fundamentais momentos de aprendizagem a este nível.

Uma das situações que despertou a minha preocupação foi a avaliação e a monitorização da dor na pessoa que não comunica verbalmente e com alteração do estado de consciência. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão (Silva & Ribeiro, 2011). McCaffery (1972) citado por Graham (2008) descreve a dor como tudo aquilo que a pessoa que a vive diz que é, e existe da forma que a pessoa diz que existe. No estágio do SUC do HSM tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a várias pessoas em situação crítica por trauma. Um dos focos alvo da minha atenção foi a dor, que esteve sempre presente e foi alvo de intervenção terapêutica em todas as pessoas vítimas de trauma. A dor foi frequentemente identificada e monitorizada com escalas de autoavaliação, no entanto nas situações de trauma com alteração do nível da consciência as escalas de autoavaliação não se revelaram adequadas.

Nesse sentido, identifiquei no contexto da equipa de saúde esta problemática e juntamente com o enfermeiro tutor, e através de uma pesquisa aprofundada do fenómeno da dor, identificamos a importância de avaliar e monitorizar a dor da pessoa em situação crítica por trauma com alteração do nível de consciência. O uso de escalas de avaliação e monitorização da dor assume assim uma importância vital, e nesse sentido, a escala ANVPS (Adult Non-Verbal Pain Score) como nos sugere Wegman (2005) constitui um excelente instrumento para a avaliação da dor na pessoa com alteração do nível de consciência (Wegman, 2005).

A escala ANVPS é operacionalizada pela característica da face, pela atividade da mobilidade, pelas características dos sinais vitais e pelo tipo de respiração. Revelou-se um instrumento fundamental na identificação do fenómeno da dor, por vezes descorado de avaliação e intervenção na pessoa em situação crítica com alteração do estado de consciência. Atendendo à aprendizagem desenvolvida a este nível, no meu contexto de trabalho, no serviço de urgência onde exerço regularmente a minha atividade laboral, e atendendo ao foco de atenção da dor da pessoa em situação crítica com alteração da consciência, promovi uma formação à equipa de saúde, no sentido de promover o debate em contexto de equipa e implementar um projeto de intervenção no serviço para a utilização da escala ANVPS (Apêndice B).

2. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR TRAUMA: UM PERCURSO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

O fenómeno do trauma é cada vez mais frequente no seio da nossa sociedade. A constante evolução de meios e materiais mais evoluídos na perspetiva da velocidade e integridade coloca cada vez mais em risco a proteção e segurança da pessoa humana.

A prevalência de acidentes e a faixa etária que atinge frequentemente, uma população mais ativa, conduzem a uma deterioração rápida e progressiva das funções vitais da pessoa exigindo de cuidados especializados emergentes e de qualidade. Neste contexto, Segundo a OE (2011), em relação aos dados e tendências, o número crescente de doenças com início súbito e as crónicas que agudizam, o aumento e a complexidades dos acidente, o acréscimo da violência urbana e catástrofes naturais em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir a pessoa à morte se não forem implementadas, em curto espaço de tempo, medidas de suporte de vida, requerem um corpo de profissionais de enfermagem para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra hospitalar à pessoa/família em situação crítica.

No seguimento desta necessidade, é emergente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, detenham competências e capacidade para lidar com este contexto de saúde. Por conseguinte, face a esta realidade, o colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (2011) emanou padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, e classificou, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como “obrigatoriamente cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, potenciando uma recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011, pág.3).

O atendimento à pessoa em situação crítica por traumatismo assume uma importância fulcral em qualquer sistema nacional de saúde. À semelhança de outros contextos de saúde emergentes como os acidentes vasculares cerebrais, enfarte agudo do miocárdio e sépsis, priorizadas no atendimento por uma “via verde”, as situações de

politraumatismo, atendendo ao impacto que exercem na saúde do indivíduo e família, assumem também, uma necessidade emergente ao nível do atendimento de forma sistematizada e organizada, promovendo assim, a rápida recuperação da pessoa e família. O cuidar da pessoa em situação crítica por trauma, assume assim uma necessidade fundamental na priorização de cuidados de enfermagem e na identificação de diagnósticos vividos pela pessoa e família.

A DGS (2010) reconhece a necessidade da comunidade científica intervir de forma precoce e adequada no sentido de melhorar significativamente o prognóstico das pessoas em situação crítica por trauma, e assumiu como imperativa a implementação de mecanismos organizacionais e funcionais que permitam uma rápida identificação e operacionalização de cuidados prioritários. Neste sentido, a DGS (2010), no uso das suas competências, determinou, por recomendação do departamento da qualidade na saúde, a implementação, de medidas organizacionais no atendimento dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado.

A pessoa em situação crítica por trauma vivencia um processo complexo de necessidade de cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica, tendo como referência o controlo das respostas humanas. Os serviços de saúde diferenciados são procurados com frequência, por diversos contextos de saúde crítica, alguns até de etiologia potencialmente mortal, e nesse sentido, há necessidade de desenvolver novas competências na especialização em Médico-cirúrgica.

Segundo a Nacional Association of Emergency Medical Technicians (2003) a pessoa em situação crítica por trauma, continua a ser uma significativa causa de mortalidade, nos jovens (80%), nas crianças (60%), e é a sétima causa de morte no idoso. De acordo com a Base de Dados Portugal Contemporâneo (2017), se considerarmos o número de acidentes em Portugal, pelas datas mais recentes disponíveis no ano de 2013, deparamo-nos com 195578 acidentes de trabalho com 160 vítimas mortais. Já na sinistralidade rodoviária em 2014 ocorreram 30 604 acidentes com vítimas, totalizando um total de 39171 feridos sendo que 482 destes feridos foram vítimas mortais.

O trauma é uma importantíssima causa de mortalidade e morbilidade dos tempos modernos. Nas várias bibliografias consultadas, é unânime a referência, ao trauma como a principal causa de morte em pessoas até os 40 anos de idade. Monahan, Sands, Neighbors e Green (2010), afirmam que mais de 400 americanos morrem diariamente, como resultado de acidentes com veículos motorizados, armas, queimaduras, intoxicações, asfixias, quedas, incêndios e afogamentos. A tendência de evolução do fenómeno de trauma é

crescente, segundo a OMS, e independentemente da etiologia o trauma será a causa para um número significativo de mortalidade no mundo (Magalhães, 2015).

Na RAM, e segundo os dados fornecidos pelo serviço de estatística do Serviço Regional de Saúde, deram entrada no SUC do HNM, com ativação da via verde de trauma, entre os anos 2010 e 2015 cerca de 1204 pessoas em situação crítica por trauma.

O número de casos de trauma no contexto regional é significativo, e a identificação de fenómenos de enfermagem associados aos diversos tipos de trauma assumem uma importância vital. Assim, e atendendo à importância que o estudo dos fenómenos de enfermagem representa na monitorização das respostas humanas, tive a preocupação de efetuar o registo de todo o processo de enfermagem em impressos próprios da instituição, o que assume uma importância vital, dado que permitiu a monitorização das respostas humanas associado aos diversos tipos de trauma.

O registo de trauma fundamenta assim, todo o plano de ação no cuidar da pessoa em situação crítica, nomeadamente a incidência, a prevalência geográfica, as causas e severidade da lesão, o nível de acesso de cuidados, as respostas aos tratamentos implementados e os ganhos em saúde associados à intervenção terapêutica.

Azevedo, Scarparo e Chaves, (2013) constatarem no seu estudo de investigação qualitativo, que a prestação de cuidados e a gestão de recursos são dimensões associadas aos cuidados de enfermagem. Identificou também que os cuidados deverão ser suportados pelas necessidades de saúde das pessoas, e que deverão utilizar conhecimentos específicos referentes à previsão de recursos materiais e humanos, assim como, implementar o funcionamento de uma equipa de forma organizada e sistematizada no cuidar holístico.

O atendimento à pessoa em situação crítica por trauma deverá ser suportado por uma organização que favoreça a qualidade de cuidados e que promova a articulação entre os serviços necessários (recursos) potenciando os recursos humanos e materiais. O atendimento emergente no trauma está diretamente associado ao risco de falência multiorgânica, e nesse sentido, urgiu sempre a necessidade de operacionalizar a funcionalidade de todos os recursos humanos, materiais e equipamentos. Segundo Azevedo et al. (2013) o foco de intervenção de enfermagem na pessoa em situação crítica por trauma deverá ser sistematizado de acordo com as diretrizes da Advanced Trauma Life Support (ATLS), permitindo uma análise integral de dados prioritários e intervenções autónomas.

Neste sentido, a abordagem à pessoa em situação crítica por trauma tem-se desenvolvido segundo uma linha orientadora bem definida e transversal em todos os sistemas

de saúde a nível mundial. Muitos foram os países que adotaram este linha de intervenção no trauma que se iniciou nos Estados Unidos e que rapidamente se expandiu a nível mundial. Um exemplo foi a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, que elaborou protocolos clínicos na abordagem ao paciente politraumatizado, o Pro-Hosp, no sentido de reestruturar e estabelecer programas de melhoria contínua e fortalecimento da qualidade às pessoas em situação crítica por trauma, priorizando um atendimento multidisciplinar e multiprofissional com uma conduta eficiente e eficaz, obtendo maiores ganhos em saúde (Vieira, Mafra, & Andrade, 2011).

Efetivamente o fenómeno de trauma assume registos importantes ao nível da casuística e ganhos em saúde. A evolução dos recursos e técnicas de intervenção ao longo do tempo têm contribuído para a melhoria contínua da qualidade de cuidados. Identificar os diversos fenómenos de enfermagem associados ao trauma, constituiu um verdadeiro desafio para a disciplina e profissão de enfermagem. Nesta ótica, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica difere dos outros profissionais pelo tipo de abordagem à pessoa em situação crítica por trauma e pelo seu foco de atenção. O enfermeiro especialista é uma referência estratégica no exercício de uma enfermagem avançada em prol de autonomia e afirmação da profissão enquanto disciplina e ciência.

De acordo com a OE (2010), falar em competências significa um nível de exercício demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento, da perícia e do julgamento”. O enfermeiro especialista tem assim um “conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, e analisa as respostas humanas aos processos de vida, e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

A enfermagem enquanto experiência emergente do cuidar está profundamente enraizada na história, resultado da germinação de Florence Nightingale, como pioneira na arte de cuidar. Já desde os primórdios da civilização, que a doença e o traumatismo fazem parte das vivências humanas.

Como nos refere Pedro (2012), na perspetiva de Smeltzer e Bare (2002) o trauma é uma lesão que pode causar, intencionalmente ou por inadvertência, na pessoa a partir de uma força contra a qual o organismo não se consegue proteger. Politraumatizado é o termo usado para indicar, a presença de mais do que um traumatismo de maior ou menor gravidade (Ministério da Saúde, 2011).

Antes do ano de 1980 o atendimento aos pacientes traumatizados era considerado como superficial, isto é, não existia um programa padronizado e sistematizado para a assistência ao traumatizado nem um de treino específico para os profissionais de saúde na

área do trauma. Em fevereiro de 1976 ocorreu uma tragédia que mudou a face do atendimento na “primeira hora” às vítimas de trauma nos estados unidos da américa e por efeito de contágio potenciou os restantes países a nível mundial. Um médico com especialidade em ortopedia, ao pilotar o seu próprio avião, despenhou-se numa plantação de milho, na zona rural do nebraska. O cirurgião e os seus filhos sofreram traumatismos graves e a sua esposa faleceu no local. Após análise crítica de todo o acontecimento, o cirurgião identificou que o atendimento inicial não foi provavelmente o mais adequado, e questionou como poderia oferecer melhor atendimento de emergência na área do trauma, concluindo assim, que o sistema deveria ser modificado (American College of Surgeons, 2012). Assim, um grupo de cirurgiões e clínicos em Nebraska, juntamente com o centro médico da universidade de nebraska, o comité de trauma do colégio americano de cirurgiões do estado de nebraska e os serviços de emergência médica do sudeste de nebraska, identificaram a necessidade de estabelecer um atendimento sistematizado à vítima de trauma.

Assim, organizaram um conjunto de ações de formação, associadas à demonstração de procedimentos de reanimação e experiências práticas em laboratório, e formaram o primeiro curso de trauma-ATLS/SAVT (Suporte Avançado de Vida no Trauma/Advanced Trauma Life Support). O curso baseou-se na premissa de que o atendimento inicial, de forma adequada, sistematizada e em tempo útil, poderia melhorar significativamente o prognóstico das pessoas em situação crítica por trauma (American College of Surgeons, 2012).

A American College of Surgeons fundamenta a sua intervenção, num atendimento à pessoa em situação crítica por trauma de forma organizada e sistematizada reanimando-a e estabilizando-a de acordo com prioridades. Esta metodologia de intervenção criada por este grupo de trabalho dinamizou desde logo a necessidade de implementar uma metodologia formativa específica para a ciência de enfermagem, na perspetiva de adequar o processo de enfermagem à pessoa em situação crítica por trauma.

Desenvolveu-se assim os cursos de Advanced Trauma Care Nurse (ATCN), que constituíram subsídios fundamentais para a aquisição de competências específicas nesta área do trauma (American College of Surgeons, 2012). Identificam a metodologia de intervenção baseada na mnemónica “ABCDE” como um modelo sequencial e organizado de medidas específicas de avaliação e intervenção, e devem ser adotadas pelos profissionais de saúde a todas as pessoas em situação crítica por trauma: A: (airway) vias aéreas com proteção da coluna cervical; B (breathing) respiração e ventilação; C

(circulation) circulação e controle de hemorragia; D (disability) *status* neurológico; E (exposure) exposição/ controle ambiental: despir completamente o paciente, com atenção na prevenção da hipotermia.

Assim, no atendimento à pessoa em situação crítica por trauma, identifiquei a mnemónica “ABCDE” como um guia orientador fundamental no processo de enfermagem, tal como também é preconizado pela DGS (2010).

Na implementação de medidas terapêuticas à pessoa vítima de trauma grave prontifiquei sempre uma avaliação rápida, objetiva e institui medidas terapêuticas de suporte de vida. Urgiu sempre a necessidade de implementar um processo de enfermagem adequado à situação clínica e fundamentado com as teorias de enfermagem. As várias teóricas de enfermagem forneceram subsídios fundamentais para uma prestação de cuidados efetiva e holística.

Atendendo à natureza dos conceitos e a área em estudo no trauma utilizei a teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis (2012) como referência nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica por trauma, não obstante o importante contributo de todas as outras teóricas que fundamentam o processo de enfermagem e que contribuem para a evolução da ciência.

Optei como referência neste percurso de aprendizagem especializada a teoria da transição de Afaf Ibrahim Meleis por considerar esta teoria um instrumento fundamental para a prática de enfermagem na pessoa em situação crítica, dado que, estuda a natureza das transições, estuda os condicionalismos facilitadores e inibidores da transição e por fim identifica os padrões de respostas operacionalizados em indicadores de processo e de resultado. Este modelo assume assim, a particularidade de atender as respostas humanas em qualquer contexto de saúde e particularmente no contexto da pessoa em situação crítica por trauma.

Cuidar de uma pessoa vítima de trauma no seu processo de transição constitui um verdadeiro desafio para a essência de enfermagem. O contexto clínico e o estado de saúde produzem várias respostas humanas, que constituem verdadeiros focos de atenção do enfermeiro, dado que a pessoa não tem história de condição fisiopatológica, e subitamente devido a algum tipo de acidente alterou o seu estado de saúde de forma inesperada. Vários contributos da ciência de enfermagem ajudaram a compreender as várias respostas humanas da pessoa em situação crítica.

Ao longo das décadas foram surgindo novos paradigmas e modelos que influenciam a enfermagem como disciplina. De acordo com Rodrigues, Pereira e

Amendoeira (2015) vivemos num mundo onde as transformações sociais são constantes devido ao rápido progresso tecnológico e científico, tornando-se necessários ajustes da prática clínica, da pesquisa e do ensino, através de intervenções cada vez menos padronizadas e cada vez mais adequadas para responder às necessidades da pessoa.

Meleis (2010), através dos seus estudos, identificou quatro tipos de transições. A transição de desenvolvimento está associada com o curso normal do ciclo vital, com o crescimento/desenvolvimento do ser humano. A transição situacional está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição de papéis. A transição saúde-doença está relacionada com os processos de doença. A transição organizacional está associada a mudanças relacionadas com o ambiente social, político, económico e com a estrutura e dinâmica das organizações.

A teoria da transição é sustentada pela ideia de que as transições possuem padrões de complexidade e de multiplicidade, na medida em que podem ser caracterizadas como únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não (Brito, 2012). Segundo Meleis (2010), vários estudos indicam que a mesma pessoa pode experienciar mais do que uma transição em simultâneo ou sequencialmente e que as mesmas podem estar relacionada entre si ou não.

O modelo de transição de Meleis assenta na integração em que considera que os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam a transição no que concerne a mudanças no estado de saúde, vivências e expectativas. Neste percurso de enfermagem especializada atendi pessoas em processos de transição, em especial na situação crítica por trauma, que normalmente implicou mudanças profundas para a pessoa/família, como o afastamento do seu lar, da sua família, dos seus amigos e muitas vezes dos seus projetos de vida.

As pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando o seu equilíbrio e bem-estar (Meleis, 2012). O propósito da enfermagem no cuidar da pessoa em situação crítica é apoiar nas situações de transição ou na antecipação de uma transição com vista ao seu bem-estar (Meleis 2012).

A priorização dos cuidados de enfermagem assume assim uma importância vital, dado que, monitoriza, avalia continuamente o *status* dos fenómenos alvo de intervenção, apoia e auxilia as famílias. Neste sentido, durante este percurso de enfermagem especializada procurei implementar uma metodologia de processo de enfermagem fundamentada em prioridades no atendimento ao cliente, como é o exemplo, do Sistema de Triage de Manchester, em prática nos serviços do SNS como são os exemplos do SUC

do HSM e do SUC do HNM, assim como, a criação das vias verdes nomeadamente: coronária, sépsis, acidente vascular cerebral e traumas, que permitiram uma operacionalização mais eficiente na priorização dos cuidados de saúde.

De acordo com Monahan, Sands, Neighbors e Green (2010), o conceito triagem, é entendido como “escolher ou separar”, permite identificar os doentes graves como prioritários nos cuidados de saúde. A “função mais importante é proporcionar uma avaliação inicial dos doentes, atribuir uma categoria de urgência de triagem e dirigir cada pessoa para o local certo, no momento certo” (Monahan et al. 2010).

O sistema de triagem nos serviços de urgência central do HNM e HSM é operacionalizado segundo os seguintes critérios: os doentes triados com a prioridade emergente (cor vermelha), são imediatamente encaminhados para a sala de emergência. Em relação aos doentes com prioridade muito urgente (cor laranja) têm até 10 minutos para serem atendidos e são encaminhadas pontualmente também para a sala de emergência ou aguardam nas áreas de especialidade. Os doentes com prioridade urgente (cor amarela) são atendidos dentro de 60 minutos, os pouco urgentes (cor verde) têm um tempo máximo de atendimento de 120 minutos e por fim, os não urgentes (cor azul) poderão aguardar até 240 minutos, para serem observados.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica por trauma requereram uma resposta rápida, eficaz e estruturada, sendo essencial o domínio de conhecimentos e a prestação de cuidados fundamentada em evidência científica. Face à complexidade e à natureza dos cuidados à pessoa em situação crítica por trauma, é fundamental a especialização de profissionais de enfermagem em médico-cirúrgica, criando condições para uma prestação de cuidados mais qualificada nas respostas humanas.

Assim, assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados de qualidade, devidamente fundamentos no regulamento da OE (2011), ou seja: identificar o mais rápido possível de forma precisa e holística as respostas humanas da pessoa em situação crítica por trauma, ser capaz de executar e avaliar intervenções que visam melhorar os problemas e evitar os efeitos indesejados; possuir rigor técnico/científico na implementação do processo de enfermagem; gerir e implementar protocolos de terapêutica complexa e outras medidas para alívio da dor; atuar na prevenção e controlo da infeção; ser capaz de referenciar para outros profissionais da equipa multidisciplinar; ser responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica, e implementar técnicas de comunicação interpessoal com a pessoa e família alvo de cuidados.

A DGS (2010) emanou uma circular normativa - “Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”, que recomenda a todos os serviços de urgência uma organização para o atendimento ao doente politraumatizado, e de uma forma sucinta, define os cinco requisitos cumulativos fundamentais:

1. Critérios de Ativação da Equipa de Trauma (Triage) tendo em conta os sinais vitais, nível de consciência e tipo de lesão;
2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
3. Registos;
4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos), baseada na nomenclatura ABCDE;
5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora), observação sistematizada da cabeça aos pés.

É de salientar ainda, que o documento indica o número de dotações de enfermeiros necessários em cada um dos diferentes níveis de serviços de urgência, referindo ainda algumas formações específicas necessárias nomeadamente o Curso de Suporte de Vida em Trauma (ATCN) para enfermeiros.

No mesmo sentido organizacional a Ordem dos Médicos (2009) publicou as “Normas de Boa Prática em Trauma”, que convergem com a fundamentação base da DGS, e que evidencia que com a adoção de medidas relativamente simples é possível uma redução da mortalidade e morbilidade das pessoas em situação crítica por trauma.

As instituições de saúde e os seus profissionais são frequentemente confrontados no seu dia-a-dia com a constante divulgação de documentos orientadores e normas que ajudam a compreender o estado da arte no atendimento à pessoa. Um desses documentos orientadores foi emanado pela DGS (2010) em circular normativa sobre a organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Este documento teve a participação ativa de um grupo de peritos e representantes dos vários colégios da OM, da OE e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. A publicação da norma vem no sentido de potenciar o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa em situação crítica por trauma a todos os profissionais de saúde, e em particular aos enfermeiros, no sentido de promover a prestação de cuidados de forma sistematizada e organizada. Assim, neste percurso de aprendizagem especializada desenvolvi competências no atendimento à pessoa em situação crítica por trauma, proporcionando uma avaliação sistematizada e organizada; identifiquei as diversas respostas humanas da pessoa a vivenciar processos de trauma e

preveni complicações associadas ao contexto clínico, assim como, promovi também a otimização de um tratamento adequado, centrado na pessoa e na sua individualidade.

A formação contínua do enfermeiro especialista assume assim um pressuposto fundamental, potenciando a atualização de conhecimentos, no sentido de adquirir melhor prestação nos contextos de trabalho. Segundo a OE (2009), e o código deontológico do enfermeiro, no seu 88º artigo, relativo à excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de atualizar continuamente os seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias.

A OE em 2009, ciente da necessidade de maior desenvolvimento de competência no atendimento à pessoa em situação crítica por trauma, desenvolveu também em colaboração com enfermeiros de reabilitação um guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. Das várias temáticas trabalhadas, realço as que ajudam a compreender a minha temática em estudo, a importância de aplicar os cuidados de enfermagem de acordo com a sequência do ABCDE, como internacionalmente se preconiza na abordagem aos doentes politraumatizados, independentemente da origem do trauma, na aplicação do processo de enfermagem.

O enfermeiro interage (interação) com o ser humano num contexto de saúde (cliente de enfermagem), ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e que está a vivenciar um processo de saúde (transição). As interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (Meleis, 2012). O modelo de transição de Meleis, assenta que os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas inter-relações e expectativas.

Assim, este percurso de enfermagem especializada assumiu uma importância fulcral, permitindo-me adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica no cuidar da pessoa em situação crítica.

O estágio clínico II no SMI do HNM e o estágio III (opção), desenvolvido no SUC do HSM e no SEMER da RAM, constituíram nobres campos de estágio, fundamentais para a formação especializada em enfermagem médico-cirúrgica e para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas altamente diferenciadas e especializadas: no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; na sensibilização para a dinamização

de uma resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas; na maximização de intervenção e na prevenção e controlo da infeção à pessoa em situação crítica; na utilização de metodologia de investigação para o pensamento crítico e análise de dados; na mobilização da evidência científica para fundamentar processos de tomada de decisão e na constituição de um modelo de referência e de apoio para os meus pares na resolução de situações de maior complexidade em contexto de cuidados de saúde por trauma.

2.1. Cuidar Especializado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

O cuidar no processo de transição saúde/doença é o foco de enfermagem, e segundo o regulamento das competências comuns o enfermeiro especialista é aquele que incorpora um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010).

A pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2011).

Ao longo deste percurso de aprendizagem especializada em enfermagem médico-cirúrgica, quer na minha experiência profissional como prestador e gestor de cuidados no serviço de urgência onde exerço a minha atividade profissional, quer na lecionação de conteúdos em enfermagem como docente do ensino superior politécnico, quer no meu desempenho nos estágios desenvolvidos no âmbito deste curso de especialização, desenvolvi competências em enfermagem médico-cirúrgica, na pessoa em situação crítica, com especial particularidade para o trauma. O processo de aquisição de competências foi progressivo, e alvo de maturação, contribuindo para isso a experiência acumulada na área, e a fundamentação teórica em constante simbiose com a evidência científica.

Comparativamente ao início, neste percurso de enfermagem especializada, acresci competências na identificação de fenómenos de enfermagem e metodologias alvo de intervenção do enfermeiro especialista, como é o exemplo, as respostas humanas à dor, a comunicação no contexto de doença crítica, o controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e ao sofrimento da família. Deparei-me também, com a necessidade de me

familiarizar com materiais específicos e equipamentos fundamentais para o cuidar da pessoa em situação crítica. A evolução crescente da tecnologia e materiais de apoio aos cuidados exige do enfermeiro especialista uma constante atualização da informação específica, sendo da máxima importância na operacionalização de um cuidar holístico.

Consciencializei-me da complexidade de integrar a família nos cuidados de enfermagem na pessoa em situação crítica, exigindo competência ao nível dos saberes, do cuidar da família, também é alvo da atenção do enfermeiro especialista. Cuidar da família é também cuidar da pessoa em situação crítica. “O saber profissional de enfermagem resulta assim de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, que tem de ser centrada nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados” (Correia, 2012, p. 4).

A relação entre os diversos saberes e a construção de competências só pode desenvolver-se a partir do conhecimento de enfermagem, tendo por referência como nos refere Correia (2012) quatro modalidades-padrão de conhecimento: o empírico, o pessoal, o estético e ético, proposto no modelo de Carper (1978), a que Fawcett et al (2001) deram destaque. Segundo a mesma autora, While (1995) propôs que se acrescente um quinto padrão, o conhecimento sociopolítico, relacionado com a vida em sociedade, do ponto de vista comunitário, económico e político com inerentes implicações culturais (Correia, 2012).

A competência é assim, fundamentada no conhecimento e saberes em enfermagem. Podemos analisar alguns exemplos do conceito de competência defendido por diferentes autores ao longo das três últimas décadas, para McClelland (1973) competência é uma característica pessoal relacionada com uma atuação superior na realização de uma tarefa numa determinada situação. Já para Benner (1982) identifica a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade. No mesmo sentido Spencer & Spencer (1993) definem a competência como uma característica intrínseca de um indivíduo que apresenta uma relação de causalidade com critérios de referência de efetiva e superior performance, numa dada atividade ou situação. Para Le Boterf (2005) a competência tende a definir-se em termos de saber agir e reagir, ser competente, é saber o que fazer e como fazer (Correia, 2012).

Competência, segundo Le Boterf (2008), é um saber mobilizar em tempo oportuno, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos através da formação. Ser competente significa saber aplicá-las quando necessário e em circunstâncias apropriadas. É também um saber integrar na multiplicidade de conhecimentos e de saber fazer. Para se ser

competente é preciso saber organizar, selecionar e integrar o que pode ser útil para se executar uma atividade profissional, resolver uma disfunção ou levar um projeto a bom termo.

Um saber transferir toda a competência digna desse nome é transferível ou adaptável, não se limitando à execução de uma tarefa única e repetitiva. Ser competente pressupõe a existência de capacidades de assimilação e de integração, assim como fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera (Boterf, 2008).

Para o desenvolvimento de competências especializada em médico-cirúrgica, foi necessário rever conteúdos já abordados e estudar outros tantos. As primeiras tentativas na implementação de intervenções terapêuticas especializadas necessitaram de uma interligação muito estreita com o tutor e alguns enfermeiros especialistas em diversas áreas de intervenção, como a reabilitação e saúde mental no sentido de adequar a efetividade da gestão e prestação de cuidados. Por vezes, sentia-me impotente para responder de forma eficiente às necessidades de saúde da pessoa em situação crítica, mas após muita reflexão, estudo pesquisa de artigos científicos e discussão com diversos interveniente no processo educativo, consegui canalizar esforços para potenciar a minha motivação, de forma a melhorar a qualidade efetiva de cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica da pessoa em situação crítica por trauma.

O desenvolvimento de competências especializadas que exigiu mais atenção e maior grau de dificuldade, para mim, foi na unidade de cuidados intensivos. Atendendo que foi um ambiente de cuidados de enfermagem pela qual ainda não tinha exercido durante a minha atividade profissional, e nesse sentido, houve uma necessidade acrescida de responder com eficiência e eficácia às reais necessidades da pessoa no contexto da equipa de saúde, com recurso a meios tecnológicos avançados e com a inclusão do contexto familiar nos cuidados de saúde. Respondi com prontidão à prestação e gestão de cuidados da pessoa em situação crítica por trauma tendo como referência o controlo da infeção, a gestão diferenciada da dor, a administração de protocolos complexos, a promoção do bem-estar e conforto da pessoa e família, a comunicação interpessoal, e outros focos de atenção do enfermeiro especialista fundamentais na relação terapêutica.

A comunicação assume-se como uma área de intervenção altamente complexa, e nesse sentido, a adequação do discurso terapêutico aos mesmos, continua a revelar-se um grande desafio, com grande potencial de progressão e desenvolvimento neste percurso de aprendizagem especializada.

Os meios tecnológicos ao serviço do cuidar da pessoa são fundamentais e estão presentes no SMI do HNM. A monitorização eletrocardiográfica invasiva ou não invasiva, a monitorização das funções vitais, a utilização de suporte ventilatório artificial para otimizar o processo respiratório, a alimentação entérica e parentérica, a utilização contínua de procedimentos invasivos como os cateteres arteriais, venosos e centrais, a inserção de drenos em diversas regiões anatómicas, as técnicas dialíticas contínuas, a monitorização de pressão intracraniana, são meios que auxiliam o processo do cuidar da pessoa em situação crítica e que exige do enfermeiro e de toda a equipa de saúde um conhecimento permanente e atualizado.

Não obstante da importância dos meios tecnológicos no processo do cuidar, urgiu também a necessidade de operacionalizar as competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica nas respostas humanas nos processos fisiológicos e fisiopatológicos, no bem-estar, no conforto, na monitorização e vigilância, e no respeito pela integridade como pessoa plena de direitos. Demonstrei assim, competências ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Neste percurso de enfermagem especializada, proporcionaram-me os meios necessários ao desenvolvimento de habilidades metódicas e técnicas no processo de prestação de cuidados especializados, que iam desde a administração de terapêutica complexa, alimentação entérica e parentérica, manutenção das atividades de vida, promoção de uma perfusão tecidual adequada, inclusão do envolvimento da família, e realização de diversas técnicas avançadas, entre outros. Tive a oportunidade de interligar a componente técnica e instrumentalista da enfermagem com a sua componente mais humana, proporcionando à pessoa uma prestação de cuidados especializados e de qualidade.

Aprendi e desenvolvi as mais diversas habilidades técnicas e científicas, aproveitando, sempre, as oportunidades que iam surgindo. Como tal, tive oportunidade de desenvolver várias competências na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, como aprimorar e desenvolver novas habilidades na preparação e administração de terapêutica endovenosa complexa, na gestão de protocolos terapêuticos complexos, como é o exemplo da reposição de eletrólitos e administração de insulina intravenosa, e implementação de medidas terapêuticas em resposta às necessidades da pessoa em situação crítica.

No estágio de cuidados intensivos, tive a oportunidade de elaborar um estudo de caso de uma pessoa em situação crítica por traumatismo do sistema tegumentar por grande queimadura, como referi anteriormente. Este estudo de caso constituiu um momento de aprendizagem fundamental, atendendo à raridade deste fenómeno de enfermagem no meu contexto regional e também pelo nível de complexidade cuidados altamente especializados. Saliento o facto SMI do HNM necessitar de um investimento ao nível do desenvolvimento de um protocolo de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica por grande queimadura, como nos recomenda a DGS (2012) na circular n.º 022/2012 - Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. (ver Anexo V)

Cuidar da pessoa em situação crítica exige competências especializadas a nível cognitivo, relacional, de liderança e interajuda em pro do bem-estar da pessoa humana. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa crítica (OE, 2011) evidenciam categorias de enunciados descritivos que devem ser do conhecimento quer do enfermeiro que presta cuidados quer da pessoa/família, alvo dos cuidados.

Assim, através das competências que lhe são exigidas, o enfermeiro especialista deve procurar a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado e a readaptação funcional. Convergi todo o processo de enfermagem para os enunciados descritivos dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica preconizados pela OE. Nesse sentido, procurei identificar qual o verdadeiro foco de atenção alvo de cuidados de enfermagem especializada, planeando de forma adequada as ações e intervenções de carácter autónomo e interdependente respondendo assertivamente às necessidades de saúde da pessoa em situação crítica. Saliento a importância de interpretar os resultados de saúde da pessoa em situação crítica com a evidência científica, procurando compreender o nível de status de saúde da pessoa.

Muitos resultados foram alcançados e muitos outros não foram possíveis de avaliar. Contudo, gerir a prestação de cuidados especializados de forma a atingir os resultados esperados, em colaboração com a equipa de profissionais de saúde e com a própria pessoa alvo de cuidados, é uma função complexa.

Os resultados e o raciocínio em enfermagem constituíram focos essenciais para a prática especializada. Procurei refletir sobre os aspetos positivos e negativos da minha prática, segundo o ciclo reflexivo de Gibbs (1988), de forma a aperfeiçoar a minha prestação, e aplicar o pensamento crítico, na resolução de problemas face a diversas

situações apresentadas pela pessoa e família em situação crítica, com recurso à fundamentação do processo de enfermagem.

O conhecimento científico e a fundamentação dos fenómenos de enfermagem na prática de enfermagem assumem um papel fundamental na afirmação de uma profissão no seio da sociedade científica. Neste sentido, procurei sempre fundamentar a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, com recurso às teóricas de enfermagem de referência, a manuais homologados, e recomendados como boas práticas pela OE e pela comunidade científica.

Respeitei, sempre, aspetos como a privacidade e intimidade da pessoa, expondo-os minimamente. Como tal, procurei sempre informar a pessoa sobre o tipo de procedimento que projetava realizar, e simultaneamente solicitei a sua colaboração, de forma a obter o seu consentimento e maximizar o seu conforto.

A identificação de vários protocolos existentes nos serviços de saúde constituíram um recurso fundamental para a adequação dos cuidados de enfermagem especializados. Assim, documentei-me sobre as principais linhas orientadoras de cada protocolo e a sua adequação à necessidade de cuidados da pessoa em situação crítica.

Ao longo do desenvolvimento de competências especializadas em médico-cirúrgica tive a oportunidade de administrar e gerir alguns protocolos terapêuticos complexos, entre as quais destaco: protocolo de trauma; protocolo de reposição de potássio sérico; protocolo de AVC, via verde coronária; protocolo de noradrenalina; administração de sangue e hemo-derivados; administração de vancomicina em perfusão; algoritmo de MRSA; heparinização de acesso vascular; monitorização do PiCCO; monitorização da PIC, monitorização da pressão arterial invasiva; monitorização da pressão venosa central; monitorização da pressão intra-abdominal; procedimento algaliação em casos especiais e cateterismo vesical intermitente; procedimento aspiração de secreções no tubo traqueal; procedimento drenagem torácica; procedimento de hipotermia terapêutica; interpretação da tabela de compatibilidades medicamentosas; ventilação em posição ventral; administração de sedativo/curarizante, alimentação entérica e parentérica e indução de hipotermia terapêutica entre outros.

Outro aspeto importante na administração e gestão de protocolos complexos foi a identificação de diversas respostas humanas a esses protocolos, mediante o contexto fisiopatológico. A monitorização destas respostas humanas fundamenta a verdadeira singularidade de cada pessoa, nas suas vivências e nas suas respostas fisiológicas,

relevando a importância da personalização e individualização aquando da planificação dos cuidados de enfermagem especializados.

Transporte da pessoa em situação crítica para outros serviços de forma segura e confortável.

A transferência da pessoa em situação crítica por trauma para serviços de continuidade de cuidados específicos, assume uma importância vital. Os principais serviços que frequentemente recebem pessoas em situação crítica para a continuidade de cuidados e cuidados complementares são: o serviço de imagiologia, o serviço de medicina intensiva adulto e pediátrico e o bloco operatório.

A otimização do transporte da pessoa obedece a determinados critérios, bem fundamentados em documentos estruturados e validados por diversos profissionais nas diversas áreas. Um dos documentos estruturantes que fundamenta o transporte de pessoas em situação crítica é, por exemplo, o manual elaborado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e pela OM em 2008, e intitulava-se Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. É um documento estruturante e que define com clareza aos cuidados e os recursos necessários para transportar uma pessoa em situação crítica com segurança.

Assim, durante uma transferência de uma pessoa em situação crítica, verificava a operacionalidade de todo o material portátil de apoio à prestação de cuidados especializados e disponibilizava todos os recursos, possivelmente, necessários para o cuidar específico e urgente. Na prestação e organização do plano de intervenção destaco a monitorização avançada invasiva e não invasiva, a otimização da ventilação mecânica, a promoção de um ambiente seguro durante o transporte para as diversas unidades de saúde, a promoção de uma comunicação e informação eficiente à pessoa, a relação terapêutica com a família, informando-a sobre todo o processo do cuidar, assim como proporcionar o envolvimento como membro ativo no processo, e a transmissão de dados estruturantes e fundamentais para a equipa de saúde.

A transferência da pessoa em situação crítica para outro serviço, constitui assim, um verdadeiro desafio. Destaco algumas particularidades na prestação de cuidados durante uma transferência de serviço de uma pessoa em situação crítica por trauma no meio hospitalar e extra-hospitalar. No meio hospitalar a otimização de recursos materiais e humanos proporcionam condições para um atendimento mais eficiente e promotor de uma excelente qualidade de cuidados.

Em relação ao meio extra-hospitalar os recursos humanos e materiais são limitados, exigindo do profissional de saúde, uma maior atenção na otimização de recursos e segurança da pessoa em situação crítica. Na prestação de cuidados de enfermagem no meio pré-hospitalar tive a preocupação de agilizar todos os recursos disponíveis para promover a qualidade contínua, a privacidade e a segurança da pessoa. A prevenção da infeção foi o fenómeno que exigiu mais cuidados efetivos.

A pessoa em situação crítica por trauma é efetivamente uma área da prestação de cuidados especializados que desenvolvi de forma mais completa e diferenciada. Atendendo à natureza do SUC do HSM e o meu percurso profissional no SU, tive a oportunidade de cuidar de pessoas em situação crítica por diversos traumatismos. Na aplicação do processo de enfermagem, proporcionei o acolhimento da pessoa e família em situação crítica, identifiquei os principais diagnósticos de enfermagem alvo da atenção do enfermeiro e monitorizei as diversas respostas humanas em relação ao contexto fisiopatológico e traumático.

Na prática clínica no SEMER da RAM tive a oportunidade de aplicar técnicas de intervenção em enfermagem fora do ambiente hospitalar, o que constituiu um verdadeiro desafio, na prevenção da infeção, na individualidade de cuidados e no apoio à família.

O apoio à família no sofrimento é fundamental na emergência pré-hospitalar e é alvo da atenção do enfermeiro. A situação de doença súbita que ocorre no domicílio da pessoa é alvo de atenção da equipa de emergência pré-hospitalar, e nesse sentido, o enfermeiro como membro da equipa de emergência pré-hospitalar centra todos os seus esforços terapêuticos em salvar a vida da pessoa em situação crítica.

Porém é igualmente importante intervir na família da pessoa em situação crítica e atender às suas necessidades. No estágio de emergência pré-hospitalar para além de intervir na pessoa e responder às suas necessidades de saúde, proporcionei também cuidados de enfermagem à família nas várias dimensões. O foco de atenção mais frequente foi o sofrimento familiar.

Um dos dados sensíveis à qualidade dos serviços de saúde é o registo de enfermagem. Registar é também proporcionar um cuidado de enfermagem. Assim, e atendendo à recomendação da DGS (2010), a elaboração do projeto de intervenção no serviço onde exerço a minha atividade profissional, como referi anteriormente, constituiu uma mais-valia para a qualidade (ver Anexo IV). Na conceção do projeto programei uma ação de formação, com as diretrizes mestre do projeto para a equipa do serviço de urgência do centro de saúde de Machico, no sentido de colocar à discussão os fundamentos do

projeto com profissionais de saúde, e operacionalizar o registo de trauma. O registo de trauma assume assim, uma importância vital, permitindo constituir uma importante ferramenta para explorar os diversos diagnósticos de enfermagem em diversos contextos de trauma e criar condições científicas para o estudo mais aprofundado dos fenómenos de enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

2.2. Cuidar da Pessoa em Situação de Catástrofe e Emergência com Multi-vítimas

O desenvolvimento da profissão e disciplina de enfermagem tem-se realizado ao longo do tempo em diversos níveis, com especial atenção para a compreensão da responsabilidade ética e deontologia dos enfermeiros nos diversos contextos de saúde (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). A catástrofe e a emergência multivítimas têm tido uma preocupação crescente no seio da profissão de enfermagem em resposta ao número de acontecimentos a nível regional e internacional desta natureza, e ao impacto na saúde da pessoa e família ao nível do trauma nos diversos processos fisiológicos, e que necessitam de uma atenção especial da enfermagem.

A diferença entre acidente grave e catástrofe é bem definida pelo artigo 3º da lei de bases da proteção civil nº 27/2006, de 3 de julho. Identifica assim, o acidente grave como um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente e a catástrofe como um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Assembleia da República, 2006).

A emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde, exigindo um conjunto de procedimentos de cuidados de saúde de emergência para salvar o maior número de vidas e proporcionar os melhores cuidados de saúde de acordo com os seus recursos disponíveis (OE, 2011).

Não obstante da natureza, os acidentes constituem um foco de atenção dos enfermeiros. Neste sentido, a assembleia do colégio de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, da OE, aprovou a 12 de Agosto de 2010 o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Das

várias competências inumeradas identifica-se a dinamização da respostas a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, e como unidades de competências: concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; planeia a resposta concreta às pessoas em situação de emergência e gere os cuidados em situações de emergência e catástrofe.

Na RAM as situações de catástrofe têm acontecido, embora em número reduzido. Idependentemente do número, constituem um fenómeno de grande importância pela sua dimensão e pelos danos causados a nível pessoal, humano, ambiental e material, necessitando assim, de uma resposta pronta e eficiente da profissão de enfermagem.

Em situações de catástrofe, no domínio do território nacional, é a Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), que gere e organiza todos os meios operacionais de socorro. Na RAM perante uma situação de catástrofe, todos os meios de socorro são operacionalizados e organizados pelo SRPC da Madeira.

Em situação de catástrofe a presença de vítimas, constitui uma alvo importante para a operacionalização do socorro, e nesse sentido, requer a presença da EMIR do SEMER, que habitualmente opera com um médico e um enfermeiro. Este meio importante de socorro para além de prestar cuidados de saúde imediatos, tem o papel de identificar e classificar a natureza do acidente e relatar para o SRPC da RAM, iniciando assim, a distribuição de meios de socorro, articulados e organizados, pelo SRPC, a todas as vítimas. A prestação de cuidados de enfermagem nesta área de intervenção assume um papel fundamental, em parceria com outros profissionais envolvidos no cenário, na minimização, recuperação e resolução de problemas de saúde.

Assim, e consciente da importância, como especialista, de adquirir competências na conceção e articulação dos planos de emergência e catástrofe, planejar respostas concretas e gerir cuidados perante pessoas em situação de emergência com multi-vítimas, procurei sempre ao longo do meu desenvolvimento profissional pesquisar e interpretar o plano de catástrofe implementado no serviço regional de saúde e das diretrizes gerais do SRPC da RAM. Assim, analisei o plano de catástrofe do SUC do HNM, que se encontra documentado, no manual de serviço do SESARAM, II PO.01 DAPO. 0022, versão nº 002 elaborado pelo gabinete da qualidade em 31 de janeiro de 2008. O plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas tem como objetivo definir os princípios gerais de organização que permitam fazer face a um fluxo maciço de vítimas e garantir uma eficaz atuação em caso de receção de multi-vítimas de modo a reduzir a morbilidade e mortalidade.

Nesse sentido, o manual de catástrofe identifica os tipos de riscos; projeta níveis de respostas em situações de catástrofe; prevê o número de recursos humanos necessários; identifica a capacidade hospitalar; prevê os meios de comunicação e de transporte; descreve o conteúdo do armário de catástrofe; identifica a medicação urgente de catástrofe; fundamenta a descrição do gabinete de crise; projeta a dinâmica das equipas de trabalho; identifica os sistemas de ativação; programa a organização do bloco operatório; enumera os serviços de imagiologia, imunohemoterapia, patologia clínica, farmácia, aprovisionamento e esterilização como prioritários na sua funcionalidade e por fim identifica os serviços de internamento e do apoio não assistencial como fundamentais na sua ação. Com a análise deste plano de catástrofe adquiri conhecimento do plano regional para a catástrofe e, nessa ótica, criei condições para dinamizar uma possível a resposta a situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas.

No meu desenvolvimento profissional não tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em contexto de catástrofe e emergência com multi-vítimas. No entanto, a experiência profissional no serviço de urgência pauta-se muitas vezes por uma solicitação constante de cuidados de enfermagem de forma contínua e simultânea em diferentes pessoas e contextos de saúde, exigindo assim, do profissional de saúde especializado uma priorização adequada dos cuidados de enfermagem às diversas respostas humanas nos diversos contextos de saúde. A utilização de uma triagem adequada assume assim, um papel fundamental.

Os cuidados de enfermagem a operarem num contexto de catástrofe e emergência com multi-vítimas assumem uma atenção especial, não só pela raridade do fenómeno no nosso contexto regional e nacional, mas também, pela exigência profissional de uma resposta eficaz e eficiente. Neste contexto, a simulação clínica é considerada um instrumento importante para a aquisição e desenvolvimento de competências de intervenção. Muitos estudos têm sido feitos nos últimos tempos, e todos eles convergem para os benefícios da simulação clínica.

Segundo (Queirós & Vargas, 2014) a simulação clínica é um processo dinâmico que envolve a criação hipotética que incorpora uma representação autêntica da realidade, facilitando a participação ativa e integrando as complexidades da aprendizagem prático e teórico com oportunidades para a repetição, *feedback*, avaliação e reflexão, sem o risco de causar dano à pessoa. Neste sentido, participei entre 27 a 29 de novembro de 2016 no curso de Medical Response to Major Incidents (MRMI) (ver Anexo VI). Um curso com certificação internacional e que aborda em contexto de simulação multidisciplinar a

resposta que deve ser operacionalizada num contexto de catástrofe e emergência com multi-vítimas. Foi possível nesta ação formativa identificar os vários intervenientes na operacionalização do socorro em catástrofe e assimilar o importante papel do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica como membro ativo no processo de socorro.

Foi possível identificar que as situações de catástrofe podem ser classificadas em três grandes níveis: *Major incidente nível 1, 2 ou 3*. No nível 1 é um tipo de acidente que após a implementação de uma estratégia de atuação permite salvar todas as vítimas potencialmente recuperáveis, o nível 2 a carga de vítimas é tão elevada que todas as pessoas potencialmente recuperáveis podem não ser salvas e o nível 3 é o nível mais grave e para além de limitar a recuperação do estado de saúde das pessoas em situação crítica, inclui a destruição de infraestruturas (Medical Response to Major Incidents and Disasters, 2012).

Não obstante da importância da classificação dos vários níveis de acidentes, é fundamental que o enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica demonstre conhecimento do plano Distrital e Nacional para a catástrofe e emergência, colabore na operacionalização do plano de emergência e catástrofe, identifique os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde das pessoas, atribua na prestação de cuidados níveis de prioridades segundo um sistema de classificação adequado, incorpore e lidere a atribuição e desenvolvimento de papéis na equipa de enfermagem e monitorize de forma contínua a eficácia do trabalho de equipa.

Nesta ação formativa foi possível identificar os vários tipos de acidentes, os meios envolvidos na prestação de socorro em catástrofe, a dinâmica que deverá ser implementada na prestação de cuidados de saúde e o contributo do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica como membro ativo de uma equipa multidisciplinar.

Assim, como no cuidar da pessoa em situação crítica por trauma é fundamental possuir conhecimentos e organizar os cuidados de enfermagem especializados na promoção de um atendimento organizado por prioridades e promotor de qualidade com vista a uma resposta eficiente aos diversos focos de enfermagem identificados. As situações de catástrofes e multi-vítimas não são frequentes nos serviços de saúde, mas é necessário que toda a análise e planeamento de intervenção esteja concebido e treinado de forma assídua, para promover uma resposta eficiente em contexto real.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume-se assim, com uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade, tendo

em linha de conta a diversidade de problemáticas de saúde cada vez mais complexas e a exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde (OE, 2011).

2.3 – Cuidar da Pessoa no Controlo e Prevenção da Infecção

Os cuidados à pessoa em situação crítica necessitam permanentemente de meios tecnológicos avançados e de intervenções invasivas, com o objetivo de recuperar a pessoa com as funções vitais em risco, aumentando assim, consideravelmente o risco de infeção. Os procedimentos invasivos como a ventilação artificial invasiva, a aspirações de secreções, os dispositivos de punção vascular periférica e central, assim como, a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, são necessários como medidas terapêuticas em contextos fisiopatológicos que colocam em risco as funções vitais mas, por outro lado, constituem também um risco acrescido para desenvolver a infeção associadas a esses cuidados.

Assim, há que maximizar a prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequada. A infeção é um foco de atenção importantíssimo para o profissional de enfermagem e a sua prevenção é um indicador de qualidade indispensável aos cuidados de enfermagem.

Na CIPE versão 2, em 2011, a infeção é definida como “Processo Patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (ICN, 2011, p.59).

Estudos a nível europeu revelam uma prevalência entre 5 a 10% de infeções em doentes hospitalizados. Em Portugal, o inquérito nacional de prevalência de infeção em 2009 a 21 459 doentes internados em 144 hospitais, evidenciou uma prevalência de 11,03% de infeções em 9,8% doentes hospitalizados (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010). A taxa de prevalência média de infeção em contexto hospitalar em Portugal é mais alta que a média europeia. No último inquérito de prevalência a taxa de prevalência média em Portugal e na Europa foi, respetivamente, de 10,6% e de 5,7 % (DGS, 2014).

Segundo Silva “os serviços que apresentam taxas mais elevadas são os cuidados intensivos, os serviços cirúrgicos e hematologia/oncologia. Estes valores estão diretamente associadas à idade, a prevalência de medidas terapêuticas invasivas e ao tempo de permanência no hospital. Ainda de acordo com esta autora, os principais fatores de risco

extrínsecos para a prevalência da infeção, foi a presença de dispositivos invasivos no processo do cuidar” (Silva, 2012, p. 41).

São vários os fatores relacionados com o desenvolvimento da infeção na pessoa em situação crítica. Como tal, é fundamental conhecer que fatores (evidenciados pelas pessoas) poderão aumentar a suscetibilidade da pessoa em situação crítica adquirir infeção. Assim, neste percurso de enfermagem especializada realizei várias pesquisas com recurso a artigos científicos e à bibliografia de referência na área. Destaco o número de artigos que estuda este fenómeno de grande importância para a qualidade dos cuidados. A prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde deverá ser um imperativo ético e profissional, e o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pelo corpo de conhecimento e de competência que possuí, assume um papel primordial neste âmbito.

A prevenção da infeção foi sempre um dos alvos da minha atenção neste percurso de enfermagem especializada. A infeção associada aos cuidados de saúde pode atingir qualquer sistema ou processo fisiológico. Por exemplo, um dos sistemas frequentemente referenciados pela evidência científica e pelo conhecimento empírico é a infeção do sistema urinário associado à presença do cateterismo vesical e à técnica de algaliação.

Nos serviços de urgência e medicina intensiva, um dos cuidados presentes no processo de enfermagem foi a monitorização da função renal. Nesta ótica, a cateterização vesical é muito frequente e alvo de cuidados de enfermagem, ao nível da manutenção e otimização do cateter.

Neste percurso de enfermagem especializada executei vários cateterismos vesicais e otimizei frequentemente a funcionalidade do cateterismo vesical. No que toca a este fenómeno, cumpro com as normas de segurança no controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, nomeadamente a execução de todo o procedimento com técnica asséptica, como nos recomenda o grupo de prevenção e controlo da infeção hospitalar do HNM e do HSM, assim como, o manual de normas de enfermagem da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, 2011), e também atendi às recomendações explanadas na DGS (2015) - “Feixe de Intervenções” de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. (ver Anexo VII)

Assim, e à semelhança, do perfil desenvolvido neste percurso de enfermagem especializada, realizei várias pesquisas bibliográficas e fichas de leitura, assim como refleti sobre esta temática. Segundo Cunha, et al., (2013) vários autores têm estudado a evolução deste fenómeno, como são os exemplos de Webster et al (2001), Ibrahim & Rashid (2002), Cheung et al (2008), Nasiriani et al (2009) e Fernandes (2009), todos salientam a

importância do desenvolvimento de intervenções fundamentais na prevenção da infeção associada ao cateter vesical. Este percurso de enfermagem especializada alertou-me para a importância de cuidados específicos, neste âmbito, dado que constitui um dos fenómenos com alguma relevância no meio hospitalar.

Uma situação de infeção tem implicações diversas, pois diminuem a qualidade de vida da pessoa e família, causam sofrimento físico e emocional, aumentam o tempo de internamento e poderão conduzir a sequelas irreversíveis. Por outro lado, do ponto de vista económico, acrescem os custos diretos dos cuidados de saúde devido ao maior tempo de internamento e a necessidades de cuidados mais específicos, assim como, aumenta o consumo de meios complementares de diagnóstico.

Assim, foi fundamental como profissional de enfermagem, neste percurso especializado, demonstrar competências na prevenção e controlo da infeção, e reconhecer o contributo das várias pesquisas efetuadas, a consulta de manuais, normas, protocolos, apontamentos teóricos de diversas aulas, artigos científicos e bibliografia de referência, que permitiu enriquecer os meus conhecimentos e orientou-me para uma atuação e prestação de cuidados especializados.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2011), a prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados constitui um enunciado descritivo, no qual o enfermeiro especialista deve adquirir competências e pautar pela diferença na sua intervenção.

O sistema respiratório é identificado pela evidência científica como um dos mais afetados pela infeção associada aos cuidados de saúde na unidade de cuidados intensivos e serviços de urgência. Segundo a comissão de controlo de infeção do Centro Hospitalar de Lisboa Norte E.P.E, em 2014, a pneumonia nosocomial foi a segunda causa mais frequente de infeção e a que apresentou maior mortalidade, considerando assim, um tema emergente junto de todos os profissionais de saúde (Comissão de Controlo da Infeção, 2014).

Cardoso (2015) nos principais resultados do seu estudo verificou que 19,1% dos doentes apresentaram Infeção Associada Cuidados de Saúde (IACS) como um dos diagnósticos nos boletins de internamento. Uma das IACS mais comum foi a infeção respiratória com 34,5% do total de casos. Verificou-se ainda que em média os doentes com IACS permanecem internados cerca de 2 dias a mais do que os que não tiveram esta complicação. Os doentes que permaneceram mais tempo no SU apresentaram mais IACS. A maioria dos doentes com IACS (85%) apresenta fatores de co-morbilidade, sendo os

mais frequentes as doenças pulmonares (28,2%) e doenças abdominais (24,4%) (Cardoso, 2015). Concluiu também que a prevalência de IACS é maior em doentes admitidos nas unidades de cuidados intensivos (UCI) onde, em média, 19,5%, dos doentes tiveram pelo menos uma IACS enquanto no conjunto das outras unidades, a média é de 5,2% (Cardoso, 2015).

Assumi um papel fundamental, na prevenção das IACS. Implementei na prática de cuidados procedimentos básicos para promover a integridade da pessoa e evitar a infeção, como o planeamento rigoroso de técnicas e intervenções assépticas segundo os protocolos institucionalizados pela equipa de controlo da infeção e recomendados pelos manuais de boas práticas emanadas pela DGS (2015).

Identifico o plano nacional e regional de controlo da infeção, assim como, a diretrizes das comissões de controlo da infeção, como contributos para a fundamentação da minha prática especializada, e na realização de procedimentos específicos no seio da equipa de saúde. Assim, desenvolvi competências que vão ao encontro das exigidas ao enfermeiro especialista no que concerne à conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção, e ao desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção.

Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoas suscetíveis de desenvolver infeção foi um verdadeiro desafio. Ao longo deste percurso de enfermagem especializada no SMI e SU tive inúmeras oportunidades de prestar cuidados a várias pessoas em situação crítica e suscetíveis à infeção. Com isto não me refiro somente aos meus utentes atribuídos, mas também a todos os outros a quem, de uma forma ou de outra, colaborei na prestação de cuidados.

Todos apresentavam um risco de adquirir infeção e o facto de lidar com várias pessoas, todos eles com afeções médico-cirúrgicas de diferentes contextos, com necessidade diferentes, despertou-me, mais ainda, para a importância de controlar esse risco, não só relativamente à pessoa alvo de cuidados, mas também em relação a nós, pois como prestadores de cuidados, somos também indivíduos suscetíveis.

Realço mais uma vez a oportunidade de prestar cuidados na unidade de cuidados intensivos a uma pessoa por traumatismo por grande queimadura, em isolamento, por apresentar um grande risco à infeção, dado ao seu contexto fisiopatológico.

Elaborei planos de cuidados com especial atenção à prevenção de infeção em meio hospitalar, nomeadamente às condições física da unidade de isolamento, aos circuitos estabelecidos na prestação de cuidados, na rigorosa técnica assética durante a prestação de cuidados, na instrução da família durante a visita, na monitorização do meio ambiente e na

racionalização de técnicas invasivas. Posteriormente apresentei à equipa de saúde, em contexto de formação individual o planeamento das intervenções, para discussão e análise (Apêndice D).

Também no SUC do HSM prestei cuidados especializados a várias vítimas de trauma, onde destaco um grande traumatizado com visualização das estruturas anatómicas do tórax, nomeadamente musculatura acessória, exposição de costelas e visualização de musculatura do grande peitoral. Uma situação clínica que para além de colocar em risco o equilíbrio hemodinâmico da pessoa, constituiu também um grande risco de suscetibilidade à infeção. Implementei imediatamente um plano de cuidados de enfermagem para prevenir as IACS, após devida estabilidade hemodinâmica.

A implementação de cuidados para prevenir a infeção centrou-se na descontaminação de toda a região do tórax com solução fisiológica isotónica, proteção da ferida com compressas esterilizadas, isolamento da unidade com restrição de visitas, estabelecimento de um circuito de materiais na unidade de emergência e providenciar um transporte seguro para a intervenção definitiva no bloco operatório. Atuar em situação de emergência exige competência e eficácia, e um bom planeamento das intervenções é promotor de uma qualidade efetiva de cuidados.

Relativamente à operacionalização de medidas de controlo da infeção na prática, durante este percurso de enfermagem especializada tive sempre em conta três referências cruciais, nomeadamente; a higiene das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual e grupo e o correto manuseamento dos materiais e dispositivos de trabalho.

As mãos dos profissionais constituem um veículo transmissor de infeção por excelência. Desta forma, de modo a minimizar o risco de infeção, tive em conta os 5 momentos de higienização das mãos: antes do contacto com o doente; antes de procedimentos assépticos; após o risco de exposição de fluídos orgânicos; após o contacto com o doente; após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2010).

A consulta de protocolos acerca do controlo e prevenção da infeção hospitalar do risco clínico e não clínico, e manuais disponíveis no serviço sobre a prevenção e controlo da infeção também foi um recurso fundamental na aquisição e desenvolvimento de novas competências.

Proceder à educação de familiares e da própria pessoa face ao risco de infeção também foi uma área importante de intervenção. Tive a oportunidade de incluir os familiares da pessoa em situação crítica no planeamento dos cuidados. Atendendo à complexidade e natureza de cuidados à pessoa na unidade de cuidados intensivos e serviço

de urgência, e atendendo à importância de incluir a família na recuperação destas pessoas, houve a preocupação de instruir a família sobre medidas básicas de controlo da infeção. A unidade de cuidados intensivos é um serviço que transmite algum receio aos familiares, dado a existência de alguns equipamentos tecnológicos de apoio aos cuidados de saúde e ao nível de estado de consciência dos seus familiares. Urge, o desafio, de forma proactiva e ponderada, de adequar a informação a dar aos familiares atendendo à sua disponibilidade e capacidade de adquirir informação.

Também procurei garantir um ambiente seguro na prestação de cuidados, tendo sempre em atenção os princípios da assepsia, a disposição dos materiais e dispositivos manuseados na enfermaria, a disposição dos objetos existentes na unidade de trabalho, entre outros aspetos.

É de realçar, que é um desafio assegurar um ambiente 100% seguro numa unidade de cuidados intensivos e SU, com espaço reduzido e com pessoas em situação crítica nos mais diversos contextos fisiopatológicos. No entanto, nada é impossível. Foi necessário ter um cuidado redobrado, de forma a potenciar todos os recursos disponíveis para promover o melhor estado de saúde da pessoa e família alvo de cuidados e prevenir complicações associadas.

O risco de IACS está sempre presente, principalmente no atendimento à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, e nesse sentido, tentei sempre direccionar uma intervenção de prevenção e controlo da infeção para minimizar os riscos para a pessoa, profissionais de saúde e potenciar a rentabilização dos gastos em saúde.

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar as respostas a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, foram competências desenvolvidas neste percurso de aprendizagem, e nesse sentido, contribuíram positivamente para a qualidade da arte de cuidar.

CONCLUSÃO

Este relatório descreveu o meu percurso de desenvolvimento de competências e de aprendizagem especializada em enfermagem-cirúrgica no SMI do HNM, no SERMER da RAM e no SUC do HSM. Não obstante da verdadeira conceção de um relato, este documento para além de relatar as competências desenvolvidas neste percurso de aprendizagem, constituiu também uma constante reflexão pessoal e profissional sobre o cuidar da pessoa em situação crítica por trauma.

No final desta etapa foi possível identificar no meu perfil profissional um acréscimo de competências de enfermeiro especialista, e à luz da minha análise, sinto-me mais enriquecido a nível pessoal e profissional, e mais capaz de contribuir para a qualidade e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade. Como nos refere a OE (2015) no REPE, o enfermeiro especialista está habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou a um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, e especializados na área de intervenção.

Os locais de estágio proporcionaram todas as condições necessárias para a aquisição do conhecimento e desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica. A articulação entre os três contextos, urgência, cuidados intensivos e emergência pré-hospitalar, atendendo à natureza de cuidados, permitiu o desenvolvimento de competências especializadas, e constituíram nobres campos de estágio na identificação de diferentes respostas da pessoa e família alvo de atenção do enfermeiro. De facto, independentemente do contexto clínico onde se presta o cuidar de enfermagem, são efetivamente as respostas humanas o alvo da atuação do enfermeiro especialista.

Consciencializei-me das competências acrescidas que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica necessita adquirir para responder aos diversos desafios no seu campo de ação. Encontro-me neste momento mais capaz de cuidar da pessoa em situação crítica nas questões éticas, responsabilidade profissional, e gestão da qualidade de cuidados. A aprendizagem ao longo deste percurso foi constante e produtiva na otimização de uma tomada de decisão mais precisa, mais efetiva e eficaz, promovendo assim ganhos em saúde.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem foi um exercício fundamental, atendendo à necessidade permanente de atualização da evidência científica. Gerir e prestar cuidados de enfermagem nessa ótica foi um desafio constante.

Adquiri conhecimentos na gestão de recursos de um SUC, atendendo que o enfermeiro chefe foi meu tutor de estágio, e com isso vivenciei toda a complexidade de gerir um serviço com grande necessidade de cuidados na atual conjuntura socioeconómica, foi um grande momento de aprendizagem, no sentido de gerir uma equipa e um serviço com prontidão na tomada de decisão. Com esta vivência neste campo de ação consciencializei-me da importância da competência, da liderança e da ponderação na tomada de decisão.

Desenvolvi competências no cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com recurso a várias técnicas de intervenção invasiva e não invasiva, assim como uma monitorização constante em todo o processo do cuidar.

A prevenção e controlo da infeção também foi um alvo muito importante no meu percurso de aprendizagem especializada, adquiri mais conhecimentos e consolidei a importância deste fenómeno para garantir a qualidade no processo de enfermagem.

Em relação à dinamização de repostas em situações de catástrofe e emergência multivítimas tive a oportunidade de frequentar a formação do MRMI, com aproveitamento e documentei-me sobre o plano de emergência de um hospital central, e nesse sentido, adquiri conhecimento para atuar neste campo de intervenção.

O foco de atenção do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica centra-se nas respostas humanas da pessoa aos diversos contextos de saúde, como foi o exemplo da pessoa em situação crítica por trauma. A fundamentação teórica, a experiência empírica e a evidência científica, monitorizam o estado da arte do cuidar, e constituíram ferramentas essenciais para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. O processo de aprendizagem é contínuo, e nesse sentido, pretendo continuar a aprimorar o desenvolvimento de competências e aplicar as mesmas diariamente no meu contexto profissional.

Neste momento identifico e compreendo as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e o seu contributo nas respostas à pessoa e família em situação crítica.

Ao longo deste percurso de aprendizagem promovi sempre uma postura proactiva e de discussão dos vários focos de enfermagem na equipa de saúde. Este relatório foi assim

mais do que a descrição do meu desempenho ao longo dos estágios desenvolvidos, ela assentou numa base fundamental do conhecimento científico e traduziu, uma análise exaustiva do desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Assim, descrevi a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; relatei a administração de protocolos terapêuticos complexos; descrevi a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica otimizando as respostas; narrei a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica; analisei os critérios de ativação de uma equipa de trauma na assistência à pessoa traumatizada; descrevi a organização e a dinâmica do funcionamento de uma equipa de trauma no atendimento à pessoa traumatizada em situação crítica; relatei os princípios da avaliação primária, ressuscitação e algoritmo do suporte avançado de vida em trauma; descrevi os princípios da avaliação secundária da cabeça aos pés; descrevi a comunicação interpessoal que fundamentou a minha relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; descrevi os cuidados em situações de emergência e/ou multi-vítimas e explicitarei as vivências e experiências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem especializada.

O Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica assumiu assim, uma importância vital no seio da ciência e da profissão. Hoje, como enfermeiro, estou mais habilitado, mais qualificado e preparado para responder afirmativamente a qualquer desafio na arte de cuidar da pessoa, família e comunidade em situação crítica, e contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde do Norte. (s.d.). *Comissão regional do doente crítico: Um ano de reflexão e mudança*. Porto: Autor.
- Aiken, H. L., Sermeus, W., Heede, K. V., & Sloane, E. A. (2012). Patient safety satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional surveys of nurses and patients in 12 Countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344.
- Alves, M. (Março-abril, 2004). Etapas da Metodologia de Projeto. *O Professor*, 30-37.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support* (9th ed.). Chicago: Autor.
- Aparício, P. S. (Junho 2011). Rumo à Excelência no Cuidar. (Tese de Mestrado), Universidade Católica Portuguesa, Viseu
- Azevedo, A., Scarparo A., & Chaves, L. (2013). Nurses' Care and Management Actions in Emergency Trauma Cases. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 36-43. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105226364005.pdf>
- Boterf, G. L. (1994). *De La Compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Boterf, G. L. (2008). *Repenser la Compétence* (10^a ed.) Paris: Les Éditions d'Organisation. Disponível em http://197.14.51.10:81/pmb/GESTION2/GESTION%20DES%20RESSOURCES%20HUMAINES/Repenser_la_comp%C3%83%C2%A9tence.pdf
- Boyd, K., Thompson, I., & Melia, K. (2004). *Ética em Enfermagem* (H. Pereira & M. C. Rosa, Trad.) Loures: Lusociência.
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

- Cardoso, R. A. (2015). *As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. (Tese de Mestrado) Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2017). Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>
- Colafranceschi, A. S., Monteiro, A. J., Canale, L. S., Campos, L. A., Montera, M. W., Silva, P. R., . . . Pinto, A. d. (2008). Assistência circulatória com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) no adulto: um conceito falido ou esquecido?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(1), 36-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a06v91n1.pdf>
- Correia, M. D. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI* (Tese de Doutoramento), Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Cunha, M., Santos, E., Andrade, A., Jesus, R., Aguiar, C., Marques, F., . . . Soares, S. (2013). Eficácia da limpeza ou desinfecção do meato urinário antes da cateterização urinária: revisão sistemática. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 47(6), 1410-6, doi: 10.1590/S0080-623420130000600023
- Da Silva, J. A. & Ribeiro, N. P. (2011). A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor de São Paulo*, 12(2), 138-151. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a11.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Fernandes, S. J. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para agir* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa
- Gomes, G. C. & Oliveira, P. K. (2012). Vivências da Família no Hospital Durante a Internação da Criança. *Gaúcha Enfermagem*, 33(4), 165-171. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/21.pdf>.

- Graham, D. (2008) Peripheral interventions. In J. Hugles (Ed.). *Pain Management from basics to clinical practice* (pp. 159-187). Milddlesbrough: Elsevier. Disponível em https://books.google.pt/books?id=FxNBhaknq-AC&pg=PA159&lpg=PA159&dq=mccaffery+1972&source=bl&ots=4Ldbm6gldi&sig=_2kzA8LTNvcV_1xBq0Lzn20K9rg&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiHxvan3_vSAhUEWRQKHSYzAHIQ6AEITDAK#v=onepage&q=mccaffery%201972&f=false
- Herdman, T. H. (2011). Qual é o Conhecimento de Enfermagem Necessário para Desenvolver a Prática de Enfermagem. *Revista Eletrónica Enfermagem*, (13). 161-2. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a01.htm>.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Geneva: Autor.
- Magalhães, F. P. (2015). *Traumatismo crânio-encefálico e Qualidade de Vida: Diferenças entre a Perspetiva do Doente e do Cuidador*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Manuela Frederico, M. D. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho J. C., Pimenta, G. (Abril de 2014). Formação e Desenvolvimento de Competências de Estudantes de Enfermagem em Contexto de Ensino Clínico em Saúde Mental E Psiquiatria. [Número Especial]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*,. Especial 1 Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a16.pdf>.
- Medical Response to Major Incidents and Disasters. (2012). *A Practical Guide for All Medical Staff: Major Incidents: Definitions and Demands on the Health-Care System*. S.l.: Autor.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2012). *Theoretical nursing Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M. & Green, J. (Eds.). (2010). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal & H. S. Azevedo, Trad.) (8ª ed.) (Vol. 1). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Phipps' medical surgical nursing, 8th ed., New York: Elsevier).
- Nacional Association of Emergency Medical Technicians-PHTLS. (2003). *Basic and Advance Prehospital Trauma Life Support*. Missouri: Elsevier.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira T. & Boveto L. (2012) Ensino e Formação de Hábitos: Análise na História da Educação. *Revista Portuguesa de Educação*, (21), 152-178. Consultado a 2 janeiro 2017. Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/viewFile/1527/1219>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceepessoasituacaocritica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoguiavertebro.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Autor. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Autor. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma Para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Lisboa: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigodeontologico.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Ordem dos Médicos. Disponível em http://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa: Autor. Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=fcde14913c766cf307c75059e0e89af5>

Pedro, N. F. S. M. (2012). *Abordagem da Pessoa Vítima de Trauma em Idade Pediátrica: Intervenção Especializada de Enfermagem*. (Tese de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções Associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*, 27-39.

PORDATA. (2017). *Mortos por 100 acidentes de viação com vítimas: Continente em Portugal*. Consultado a 2017-01-07. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Mortos+por+100+acidentes+de+viacao+com+viti+mas-769>

PORTUGAL. Assembleia da República. (3 jul. 2006). Lei nº 27/2006: Aprova a lei de bases da Protecção Civil. *Diário da República nº126, I Série*.

PORTUGAL. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Comissão de Controlo da Infecção – Norma. 2014-07-17. Prevenção da Pneumonia. Acessível no CHLN, Lisboa, Portugal

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2013. 2013-10-03. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Atualizado a 2015-11-04. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Circular normativa nº 13/DQS/DSD. 2010-06-14. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Norma nº 019. 2015-12-15. Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Norma nº 022. 2012-12-26. Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 nov. 2014). Regulamento n. 506/2014. *Diário da República, n.º 217, 2ª Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (16 jul 2012). Lei n.º 25/2012. *Diário da República, n.º 136, I Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (16 set 2009). Lei n.º 111/2009. *Diário da República, n.º 180, I Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República, n.º 35, II Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011. *Diário da República, n.º 35, 2ª Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (21 abr. 1998). Decreto- Lei nº 104/1998. *Diário da República nº 93, I Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (21 mar 2014). Lei nº 15/2014. *Diário da república, nº 57, I Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 set. 1996). Decreto-Lei nº 161/96. *Diário da República nº 205, I Série.*
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular normativa nº 07/DQS/DQCO. 2010-03-31. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira. (1 set 2014). Portaria nº 154/2014. *Jornal Oficial, nº 133, I Série.*

- Protecção Civil da Madeira. (2017). Disponível em https://www.procivmadeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=805&Itemid=165&lang=pt
- Queirós, S. M., & Vargas, M. A. (2014). Simulação Clínica: Uma Estratégia que Articula Práticas de Ensino e Pesquisa em Enfermagem. *Texto Contexto enfermagem*, 23(4), 813-814, doi: 10.1590/0104-07072014001200edt
- Rodrigues, F. R., Pereira, M. L., & Amendoeira, J. (2015). A Transição Paradigmática da Saúde e Suas Reflexões na Enfermagem como Disciplina. *Revista de Rede de Cuidados em Saúde*, 9(1), 8. Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/2516>
- Sá, F. I., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (2011). *Abordagem ao Paciente Politraumatizado: Protocolos Clínicos*. Belo Horizonte: Autor.
- Silva, M. A. (2012). *Pessoa em Situação Crítica: Foco de Cuidados do Enfermeiro Especialista*. (Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica). Universidade católica Portuguesa Porto - Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Silvestre, M. C. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um Olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* (Tese de Mestrado área e Especialização Gestão de Unidades de Cuidados). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Sousa, T. Â. (2012). *Competências de Liderança nas Chefias de Enfermagem*. (Tese de Mestrado) Universidade do Porto, Porto.
- Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., . . . Silva, P. C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem procedimentos Técnicos* (2ª ed.). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.

Wegman, D. A. (2005). Tool for pain assessment. *Critical Care Nurse*, 25, 14-15.
Disponível em <https://com-jax-emergency-pami.sites.medinfo.ufl.edu/files/2015/02/Adult-nonverbal-pain-scale-University-of-Rochester-Medical-Center.pdf>

World Health Organization. (2015). Disponível em <http://www.who.int/en/>

APÊNDICES

Apêndice A – Formação de condução elétrica do processo circulatório

Apêndice B – Projeto Avaliação da Dor da Pessoa em Situação Crítica por Trauma

Apêndice C – Projeto de Registo da Pessoa em Situação Crítica por Trauma

**Apêndice D – Formação Cuidar da Pessoa em Situação Crítica por Grande
Queimadura.**

ANEXOS

**Anexo I – Regulamento de Creditação de Formação e Experiência
Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny**

Anexo II - HSM planta do edifício

Anexo III – Diretiva Antecipada de Vontade (DAV)

Anexo IV – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente traumatizado

Anexo V – Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto

Anexo VI – Certificado Medical Response to Major Incidents (MRMI)

**Anexo VII – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária
Associada a Cateter Vesical.**

